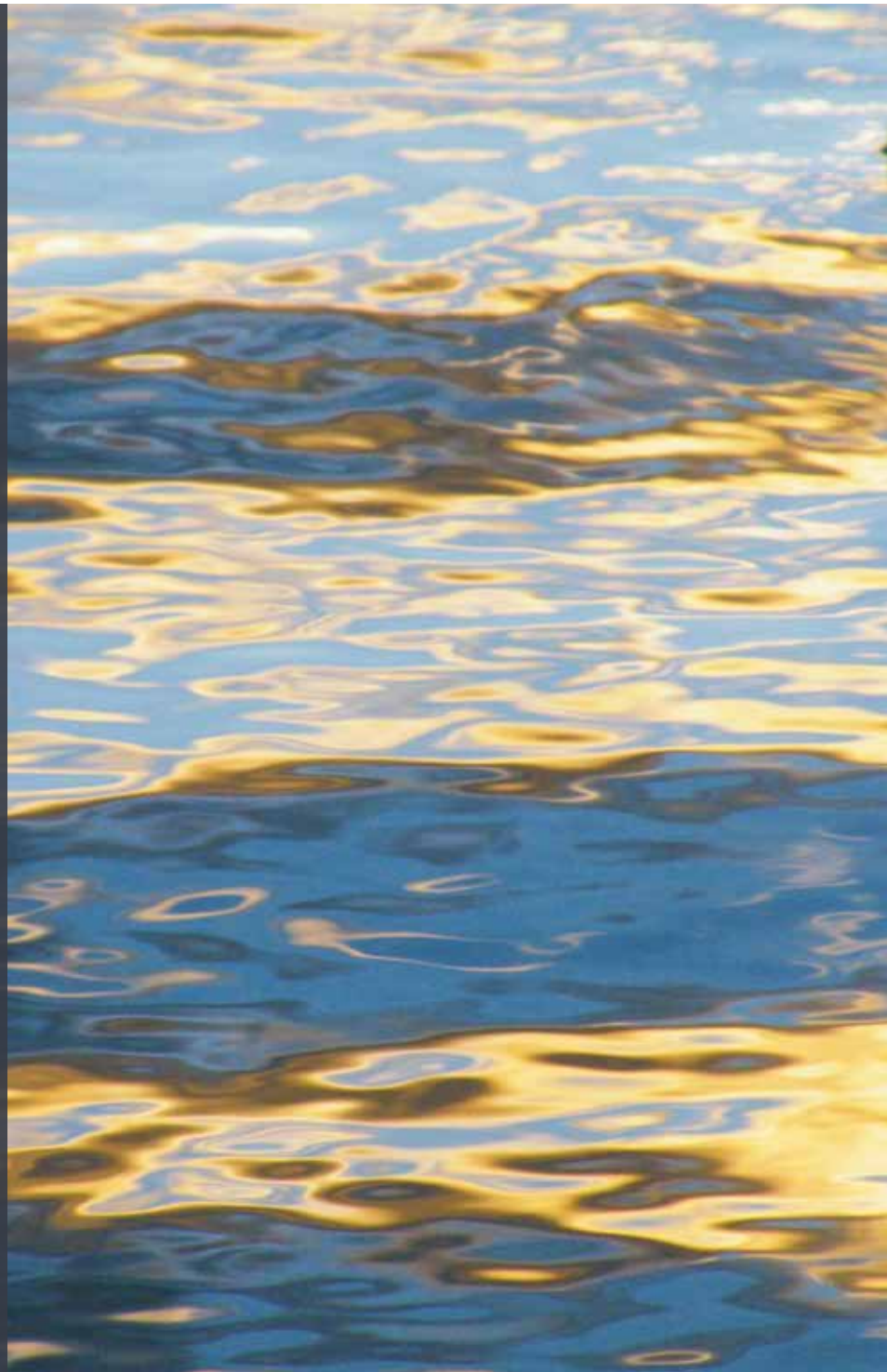

HOSPITALSMODELPROJEKT

Udvikling af den palliative
indsats på danske hospitaler
via lokale udviklingsprojekter

Evalueringsrapport

Karen Marie Dalgaard
November 2013



HOSPITALSMODELPROJEKT

Udvikling af den palliative
indsats på danske hospitaler
via lokale udviklingsprojekter

Evalueringsrapport

Karen Marie Dalgaard
November 2013

INDHOLD

| | | | |
|--|-----------|---|--------------|
| Forord | 5 | 6. Lederperspektiver på gennemførelsesproces og udvikling | 42 |
| Resume | 6 | 6.1 Gennemførelsesproces | 42 |
| 1. Baggrund og formål | 10 | 6.1.1 <i>Fra ide til projekt</i> | 42 |
| 2. Projektdesign | 11 | 6.1.2 <i>At bære projektet videre til klinisk praksis</i> | 43 |
| 2.1 Projektafdelinger | 11 | 6.1.3 <i>Implementeringsfasen</i> | 44 |
| 2.2 Projektorganisering, ansvars- og opgavefordeling | 12 | 6.2 Udvikling af den palliative indsats i hospitalsregi | 50 |
| 2.3 Finansiering | 12 | 6.2.1 <i>Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats</i> | 50 |
| 3. Projektforløb | 13 | 6.2.2 <i>En systematisk tilgang øger kvaliteten</i> | 51 |
| 3.1 Vidensindsamling (fase 1) | 13 | 6.2.3 <i>Booster for palliation</i> | 55 |
| 3.2 Planlægning (fase 2) | 13 | 6.2.4 <i>Fortsat udviklingsproces</i> | 55 |
| 3.3 Gennemførelse (fase 3) | 14 | 6.3 Opsummering | 56 |
| 3.4 Evaluerings - og formidlingsstrategi (fase 4) | 16 | 7. Projektlederperspektiver på gennemførelsesproces og udvikling | 58 |
| 4. Evalueringsdesign | 18 | 7.1 Evalueringsmetode | 58 |
| 4.1 Evalueringsmetoder | 19 | 7.2 Projektledernes perspektiver på projektforløb og udbytte | 58 |
| 4.2 Evalueringskonteksten | 20 | 7.3 Konklusion | 63 |
| 4.3 Analyse | 20 | 8. Diskussion | 64 |
| 5. Medarbejderperspektiver på gennemførelsesproces og udvikling | 22 | 8.1 Udvikling af palliation på basalt hospitalsniveau | 64 |
| 5.1 Gennemførelsesprocessen | 22 | 8.2 Gennemførelsesprocessen | 65 |
| 5.1.1 <i>Fra ide til projekt</i> | 22 | 8.3 Metodediskussion | 67 |
| 5.1.2 <i>At bære projektet videre til klinisk praksis</i> | 25 | 9. Konklusion og perspektivering | 68 |
| 5.1.3 <i>Implementeringsfasen</i> | 26 | Referencer | 72 |
| 5.2 Udvikling af den palliative indsats i hospitalsregi | 33 | Bilag 1-12 | 75-86 |
| 5.2.1 <i>Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats</i> | 33 | | |
| 5.2.2 <i>En systematisk tilgang øger kvaliteten</i> | 34 | | |
| 5.2.3 <i>Booster for palliation</i> | 38 | | |
| 5.2.4 <i>Fortsat udviklingsproces</i> | 39 | | |
| 5.3 Opsummering | 40 | | |

FORORD

Baggrunden for at iværksætte dette hospitalsmodelprojekt var et ønske om at udvikle den basale palliative indsats på danske hospitaler. Et område som er vigtigt, fordi rigtig mange livstruet syge mennesker er i kontakt med hospitalsafdelinger i deres sygdomsforløb og 48% ender med at dø på et hospital.

Behovet for at udvikle den basale palliative indsats på danske hospitalsafdelinger fremgår blandt andet af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats udgivet i 2011. De nye anbefalinger lægger op til en udvidelse af den palliative målgruppe. Målgruppen er således ikke afgrænset til uhelbredeligt syge og ikke forbeholdt kræftsyge mennesker, men omfatter alle patienter med livstruende sygdom og palliative behov uanset diagnose samt deres pårørende.

Projektets mål var at udvikle den basale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og pårørende i kontakt med hospitalsafdelinger. Det skulle ske ved at gennemføre lokalt forankrede udviklingsprojekter og sprede viden om bedste palliative praksis i det faglige felt.

De konkrete udviklingsprojekter blev gennemført i et samarbejde mellem Palliativt Videncenter (PAVI) og otte hospitalsafdelinger i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Det har været en spændende proces, hvor engagerede og kompetente fagpersoner har fundet det relevant og meningsfuldt at udvikle den palliative indsats i deres afdelinger. Der har dog også været en række udfordringer forbundet med at gennemføre de lokale projekter, som har været oppe mod en række konkurrerende opgaver og ikke mindst en forandringskultur præget af konstante top-down styrede strukturelle forandringer.

Denne rapport præsenterer evalueringen af hospitalsmodelprojektet som et samlet program. Evalueringen viser, at det er muligt at udvikle den palliative indsats via afgrænsede udviklingsprojekter, som er initieret og gennemført med lokale kræfter og støtte (her fra PAVI). Især en systematisk tilgang til den palliative indsats har bidraget til kvalitetsforbedringer, og de lokale projekter har været en booster for udvikling af den palliative indsats i de deltagende afsnit og skabt et fundament for fortsat udvikling.

Vi håber, at den viden som evalueringen har frembragt, kan inspirere og vejlede ledere og medarbejdere i arbejdet med at udvikle den basale palliative indsats på danske hospitaler. Evalueringen peger på både muligheder og udfordringer, som med fordel kan tages i betragtning i den bestræbelse.

Tak til alle som har ydet en indsats i forbindelse med gennemførelse af projektet og især til projektgrupper, interviewpersoner og referencegruppe.

Karen Marie Dalgaard
Forsker, projektleder
Palliativt Videncenter

Helle Timm
Professor, centerchef
Palliativt Videncenter

RESUMÉ



BAGGRUND OG FORMÅL

Flere studier viser, at udvikling af den basale palliative indsats på hospitaler er et vigtigt indsatsområde. Hospitaler spiller en betydningsfuld rolle i palliative forløb, og det er forbundet med særlige udfordringer at yde en palliativ indsats af høj kvalitet i hospitalsafdelinger. Danske undersøgelser viser, at der er en relativ høj forekomst af udækkede palliative behov hos kræftpatienter behandlet på basalt hospitalsniveau samt at indsatsen iværksættes sent i sygdomsforløbet.

Ud fra en stigende erkendelse af behovet for at udvikle den basale palliative indsats på danske hospitaler, blev dette projekt gennemført med det overordnede formål at styrke og udvikle kvaliteten af den basale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og pårørende i kontakt med hospitalsafdelinger i Danmark via to delmål:

- At initiere, gennemføre og dokumentere udviklingstiltag i form af større eller mindre pilotprojekter, hvor viden om bedste praksis anvendes, udvikles og evalueres i en dansk hospitalskontekst.
- At være katalysator for videndeling mellem sundhedsprofessionelle om bedste palliative praksis på danske hospitaler.

PROJEKTDESIGN

Projektet var inspireret af interventionsforskning, der har som mål at skabe et vidensbaseret grundlag for praksis ved at afprøve, udvikle, vurdere og implementere interventioner i praksis. Projektets hovedide var at kombinere afprøvning og udvikling af afgrænsede palliative interventioner, lokal forankring og spredning af viden i det palliative felt i Danmark. Projektet blev gennemført i perioden 2012-2013 i et samarbejde mellem otte udvalgte hospitalsafdelinger (i alt 13 afsnit) i Region Nordjylland og Region Midtjylland og PAVI. PAVI bidrog til igangsættelse af projekterne, og afdelingerne havde ansvar for at planlægge, gennemføre og evaluere lokale projekter med mulighed for videndeling, sparring og rådgivning fra projektleder i PAVI i hele projektforsløbet. Lokale projektledere indgik i projektforsløbet i et fagligt netværk ledet af projektleder i PAVI.

Projektet blev gennemført i fire fortløbende faser:

- **FASE 1. VIDENSINDSAMLING:** Konkretisering af projektbeskrivelse og udarbejdelse af et idekatalog til inspiration for projektafdelinger.
- **FASE 2. PLANLÆGNING:** Udvælgelse af projektafdelinger og lokal planlægning af interventionsprojekter med støtte fra PAVI.
- **FASE 3. GENNEMFØRELSE:** Gennemførelse af lokale projekter, samarbejde mellem lokale projektledere og projektleder i PAVI og videndeling i det etablerede faglige netværk. Projektleder PAVI fører feltdagbog og indsamler skriftlige dokumenter fra lokale projektafdelinger til brug for en samlet evaluering af hospitalsmodelprojektet.
- **FASE 4. EVALUERING:** Lokal evaluering af lokale projekter, evaluering af det samlede hospitalsmodelprojekt og videndeling lokalt, nationalt og internationalt.

EVALUERINGSDESIGN

Formålet med evalueringen af det samlede hospitalsmodelprojekt var at udvikle ny viden om forudsætninger for at gennemføre afgrænsede palliative interventioner i en hospitalskontekst, samt udvikle ny viden om afgrænsede palliative interventioners bidrag til at udvikle palliation i et hospitalsafsnit. Evalueringsdesignet benævnes responsiv evaluering, der har som mål at udvikle kontekstafhængig viden om programmets rammebetingelser, processer og udviklingspotentialer, som kan anvendes i fremtidige programmer. Responsiv evaluering peger på en fortolkningsvidenskabelig tilgang og anvendelse af kvalitative metoder. Der blev gennemført:

- Fokusgruppe interview (7) med lokale projektdeltagere i lokale projektafdelinger
- Individuelle interview (12) med lokale afsnitsledere
- Fokusgruppe interview (2) med lokale projektledere
- Derudover indgik feltnoter fra feltdagbog og skriftlige dokumenter fra lokale projektafdelinger.

EVALUERINGSFUND

Evalueringen viste, at både ledere og medarbejdere var enige om, at gennemførelse af afgrænsede palliative udviklingsprojekter har bidraget til at udvikle kvaliteten af den basale palliative indsats, som patienter og pårørende tilbydes i de deltagende afsnit. Ledere og medarbejdere var enige om:

- At der var behov for at udvikle den basale palliative indsats på danske hospitalsafdelinger.
- At de lokale projekter har vist, at det er muligt at udvikle den palliative indsats ved en systematisk indsats, som har ført til en udvikling mod en ny palliativ praksis, som er formaliseret og struktureret og en SKAL-opgave, som tilbydes alle patienter (og pårørende).

- At de lokale projekter har været en "booster" for afdelingens palliative indsats, idet det har bidraget til at øge kvaliteten af afsnittets samlede palliative indsats og palliative tilbud.
- At de lokale projekter har skabt et fundament for fortsat udvikling af den palliative indsats.

Omkring gennemførelse af de lokale projekter var ledere og medarbejdere enige om:

- Det var meningsfuldt og relevant at gennemføre praksisnære bottom-up initierede kliniske udviklingsprojekter, og det bidrog til de lokale projekters fremdrift i alle faser af projektforløbet.
- Projektgrupperne har haft de nødvendige faglige ressourcer inden for palliation, udvikling og forskning og relevant ledelsesopbakning i projektudarbejdelsesfasen.
- Især i implementeringsfasen har der været barrierer, som skulle overvindes for at sikre projekternes fremdrift. Der fremhæves følgende barrierer:
 - 1) De implementeringsansvarlige efterlyser arbejdsvilkår, tid, hjælp og støtte til opgaven, især til at holde fokus på projektet og indgå i afklarende dialoger med projektdeltagere mhp. aktiv projektdeltagelse
 - 2) Svingende ledelsesopbakning og -opmærksomhed
 - 3) Tidspres og travlhed og en mængde konkurrerende SKAL-opgaver
 - 4) En forandringskultur præget af konstante krav om top-down initierede strukturelle forandringer, og en ledelsestilgang kendetegnet ved udvikling på trods fremfor forandringer som en bevidst målrettet ledelsesstrategi.

Øget fokus på afklarende dialoger med projektdeltagere og forhold, som kan bidrage til at overkomme kontekstuelle barrierer relateret til tidspres/ travlhed og forandringskultur, kan således bidrage yderligere til lokale projekters fremdrift.

Projektledernes vurdering var ikke væsentlig anderledes end ledere og medarbejders vurdering. Omkring projekternes bidrag til udvikling af palliation havde projektlederne især fokus på projektets sidegevinster. Omkring gennemførelsesprocessen fremhævede de følgende:

- Et lokalt forankret, relevant og praksisnært projekt var en motivationsfaktor.
- De fleste projektledere betegnede sig som novicer i at gennemføre udviklingsprojekter.
- Gennemførelse af et monofagligt projekt var en vigtig motivationsfaktor for projektdeltagere.
- Samarbejdet med PAVI bidrog positivt til gennemførelse af de lokale projekter.
- Især implementeringsfasen var en udfordring for projektlederne. Det var en vedvarende opgave at vedligeholde motivationen hos projektdeltagerne og overvinde barrierer relateret til projektdeltagernes tilegenelse af nye færdigheder, manglende tid og konkurrerende tiltag, samtidig med en dalende ledelsesopbakning i den fase.

PERSPEKTIVER FOR UDVIKLING AF DEN BASALE PALLIATIVE INDSATS

Evalueringen tyder på at der er et fortsat behov for udvikling af den basale palliative indsats på hospitalsafdelinger. Hospitalsmodelprojektet som hovedide anviser en mulig vej i den udvikling.

Det har vist sig holdbart at udvikle den basale palliative indsats ved afprøvning og udvikling af afgrænsede palliative udviklingsprojekter, som er baseret på lokal forankring af ideer og indsats kombineret med centralt initiativ og støtte.

Gennemførelse af de lokale projekter har bidraget til at udvikle den palliative indsats i konkrete afsnit og den lokale forankring har bidraget til projekternes fortsatte liv. Det skal dog fremhæves, at både lokale ledelser, projektledere og implementeringsansvarlige bør understøtte forhold,



som bidrager til projekternes fremdrift, og de bør ikke mindst intensivere fokus og opmærksomhed på at overvinde barrierer i implementeringsfasen. Hospitalsmodelprojektet havde også som hovedide at udvikle den palliative indsats via spredning af viden i det palliative felt. Det har ikke været genstand for evaluering, men det bør medtænkes, hvordan projektafdelinger kan være katalysatorer for spredning af bedste palliative praksis på danske hospitaler til gavn for den samlede palliative indsats.

Endelig antyder evalueringen, at der er behov for et større sundhedspolitisk og ledelsesmæssigt fokus på at skabe optimale rammer for udvikling af kerneydelsen palliation.

1. BAGGRUND OG FORMÅL



Denne rapport rummer en beskrivelse og evaluering af et hospitalsmodelprojekt, som blev gennemført i hospitalsafdelinger i Region Nordjylland og Region Midtjylland i 2012-2013 (Dalgaard & Timm, 2012a).

Baggrunden for projektet var, at flere studier viser, at udvikling af den basale palliative indsats på hospitaler er et vigtigt indsatsområde. For det første spiller hospitalerne en betydningsfuld rolle i palliative forløb (Jarlbæk & Timm, 2013). Af samtlige dødsfald i Danmark sker 48% på hospitaler (Timm & Hagedorn Møller, 2013). Et ukendt men formentlig betydelig antal af de patienter, som dør i eget hjem eller på anden institution, har forinden gennemlevet et kortere eller længere sygdomsforløb med kontakt til hospitalsafdelinger og evt. gentagne indlæggelser (Dalgaard, 2007a, Jarlbæk, 2012, Jarlbæk, Christensen, Bruera & Gilså Hansen, 2013).

For det andet viser flere undersøgelser, at det er forbundet med særlige udfordringer at yde en palliativ indsats af høj kvalitet i hospitalsafdelinger præget af effektivitet og sygdomsbehandling (Middlewood, Gardner & Gardner, 2001, Grønvold, Pedersen, Ravn Jensen, Faber & Johnsen, 2006, Thompson, McClement & Daeninck, 2006, Dalgaard, 2007a). Der er således behov for at udvikle

kvaliteten af den basale palliative indsats på hospitalsafdelinger (Teno et al., 2004, Becker et al., 2007). Danske undersøgelser viser, at der er en relativ høj forekomst af udækkede palliative behov hos kræftpatienter behandlet på basalt niveau (Grønvold et al., 2006, Johnsen, 2008). Et dansk studie gennemført i en behandlingsintensiv kræftafdeling indikerer behov for udvikling af den basale palliative indsats på en række områder relateret til indsatsen for patienter og pårørende, den professionelle indsats og intern og ekstern organisering af indsatsen (Dalgaard, 2007b, Dalgaard & Timm, 2012b, s.4).

For det tredje er der forhold, som tyder på, at den palliative indsats ofte iværksættes sent i sygdomsforløbet, og indsatsen er især forbeholdt kræftsyge mennesker (Dalgaard, Thorsell & Delmar, 2010, Grønvold, Rasmussen & Halling Hansen, 2012, Seymour, 2012, Sundhedsstyrelsen, 2011). Flere undersøgelser tyder på, at mennesker med livstruende sygdomme kan profitere af en tilgang, hvor den palliative indsats indsættes tidligt i forløbet i et dynamisk samspil med livsforlængende behandling (Wright et al., 2008, Mazanec et al., 2009, Dalgaard, 2010, Temel et al., 2010, Temel et al., 2011).

Med afsæt i ovenstående erfaringer og en erkendelse af behovet for at udvikle den basale palliative indsats på danske hospitaler blev hospitalsmodelprojektet iværksat i 2012. Det overordnede formål med projektet var at styrke og udvikle kvaliteten af den basale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og pårørende i kontakt med hospitalsafdelinger i Danmark via to delmål:

- At initiere, gennemføre og dokumentere udviklingstiltag i form af større eller mindre pilotprojekter, hvor viden om bedste praksis anvendes, udvikles og evalueres i en dansk hospitalskontekst.
- At være katalysator for videndeling mellem sundhedsprofessionelle om bedste palliative praksis på danske hospitaler.

2. PROJEKTDESIGN

Projektet var inspireret af interventionsforskning, der har som mål at skabe et vidensbaseret grundlag for praksis ved at afprøve, udvikle, vurdere og implementere interventioner i praksis (Lorensen, 2003). Interventionsforskning har fokus på at udvikle en vidensbaseret praksis fx med fokus på kliniske, pædagogiske eller organisatoriske problemstillinger. De konkrete interventioner kan tage afsæt i eksisterende viden og/eller have som mål at skabe ny viden.

Der er internationale og nationale erfaringer med at udvikle den palliative indsats både baseret på programmer og afgrænsede palliative interventioner. Den første tilgang kalder Weissman & Meier for "a systems-based approach", som de beskriver således: *"An organized, deliberate approach to identification, assessment, and management of a complex clinical problem; may include checklists, treatment algorithms, provider education, quality improvement initiatives, and changes in delivery and payment models"* (Weissman & Meier, 2011). Udviklingen af en palliativ indsats baseret på et program er udtryk for, at interventioner omfatter flere sammenhængende elementer, fx udarbejdelse af retningslinjer, tjeklister, kompetenceudvikling, andre kvalitetsforbedringsinitiativer og organisatoriske ændringer. Internationale eksempler på den tilgang er Gold Standards Framework (Gold Standards Framework) og Liverpool Care Pathway for døende mennesker (Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool, 2012). Nationale eksempler er Projekt Lindrende Indsats (Dalgaard, 2009) og Palliation på Sygehuset (Jørgensen,

Oberländer & Vejlgård, 2010). Der findes internationale eksempler på udvikling af afgrænsede palliative interventioner, fx lindring af dyspnoe hos KOL-patienter (Farquhar, Higginson, Fagan & Booth, 2009) og identificering af palliative forløb med anvendelse af Prognostic Indicator Guidan-
ce (Thomas, 2010, Thomas, 2011).

Dette projekt var inspireret af den sidste tilgang og havde fokus på at initiere konkrete interventioner rettet mod indsatsen for patienter, pårørende, den professionelle indsats eller organisatoriske forhold (Dalgaard & Timm, 2012b). Hovedideen var at kombinere afprøvning og udvikling af afgrænsede palliative interventioner, lokal forankring og spredning af viden i det palliative felt.

2.1 PROJEKTAFDELINGER

Projektafdelinger blev udvalgt blandt interesserede hospitalsafdelinger i Region Nordjylland (RN) og Region Midtjylland (RM). De to regioner udgjorde en geografisk afgrænsning med tilpas variation i forhold til store/små sygehuse, kliniske specialer og demografiske forhold. Udvælgelsen af projektafdelinger var baseret på en vurdering af, hvorvidt projektet kunne gennemføres, og her var ledelsesopbakning, motivation, projektledelse, ide og tværfaglig repræsentation væsentlige faktorer. Der blev desuden tilstræbt variation i forhold til interventioner og diagnosegrupper.

Projektet blev gennemført i fire faser i perioden 2012-2013 (se figur 1).

| FASE 1 VIDENSINDSAMLING Januar-februar 2012 | FASE 2 PLANLÆGNING Februar-august 2012 | FASE 3 GENNEMFØRELSE September 2012-april 13 | FASE 4 EVALUERING Februar-april 2013 |
|--|---|--|---|
| Udarbejdelse af endelig projektbeskrivelse og idekatalog til inspiration og støtte for deltagende afdelinger | Kontakt til hospitalsafdelinger i RN og RM Udvælgelse af projekt-afdelinger Støtte fra PAVI til planlægning af lokale projekter | Gennemførelse af lokale projekter Samarbejde med lokale projektledere/-grupper Logbog som dokumenterer interventioner og proces Videndeling Fagligt netværk for lokale projektledere m.fl. | Fokusgruppeinterview med lokale aktører (projektledere, projektdeltagere) Individuelle interview med lokale ledere Logbog og skriftlige dokumenter fra fase 2 og 3 Evalueringsrapport PAVI Skriftlig og mundtlig formidling, (inter)nationalt |

Figur 1: Projektfaser og tidsplan

2.2 PROJEKTORGANISERING, ANSVARS- OG OPGAVEFORDELING

Projektet blev gennemført i et samarbejde mellem PAVI og udvalgte hospitalsafdelinger i Region Midtjylland og Region Nordjylland. PAVI bidrog til igangsættelse og dokumentation af lokale projekter, mens afdelingerne selv stod for gennemførelse af projekterne og lokal evaluering med mulighed for videndeling, sparring og rådgivning fra projektleder i PAVI. Det konkrete samarbejde blev varetaget af en intern projektgruppe i PAVI bestående af:

- Projektleder Karen Marie Dalgaard
- Akademisk medarbejder Rikke Vittrup

De involverede afdelinger udpegede en lokal projektleder, som indgik i et tværgående fagligt netværk koordineret af projektleder i PAVI. Projektlederen havde desuden ansvar for at gennemføre evaluering på tværs af de lokale projekter, afrapportering og formidling.

Der blev nedsat en referencegruppe med repræsentanter fra Danske Regioner, hospi-

talsledelser i Region Nordjylland og Region Midtjylland, det specialiserede palliative niveau og PAVI:

- Fuldmægtig Malene Møller Nielsen, Planlægningskontoret, Region Nordjylland
- Viceklinikchef Anne Winther, Klinik for Kirurgi og Kræftbehandling, Aalborg Universitetshospital
- Centerchef Anette Schouk Kjeldsen, Akutcentret, Aarhus Universitetshospital
- Ledende Sygeplejerske Ane Bonderup, Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital
- Centerchef Helle Timm, PAVI
- Forsker Lene Jarlbæk, PAVI

2.3 FINANSIERING

Projektet blev støttet af TrygFonden. Støtten dækkede projektlederens løn m.v., men ikke afdelingernes bidrag til projektet.

Med støtte fra

TrygFonden

3. PROJEKTFORLØB

I det følgende beskrives projektforsløbet kort med fokus på de fire projektfaser, herunder præsensation af de lokale udviklingsprojekter og bidrag fra projektleder i PAVI i projektforsløbet.

3.1 VIDENSINDSAMLING (FASE 1)

I fase 1 blev der udarbejdet endelig projektforskrivelse og et idekatalog til inspiration og støtte for deltagende afdelinger til identifikation af udviklingsområder og udvælgelse af interventioner (Daugaard & Timm, 2012b). Idekataloget indeholdt en udviklingsmodel for den palliative indsats, forslag til konkrete interventioner og nyttige links.

3.2 PLANLÆGNING (FASE 2)

I februar 2012 blev der via e-mail taget formel kontakt til samtlige sygehusledelser ved alle hospitalsenheder i Region Nordjylland (4) og Region Midtjylland (5) med information om projektet og mulighed for at skabe kontakt til afdelinger, som kunne have interesse i at indgå i projektet. Det blev understreget, at PAVI tænkte potentielle afdelinger meget bredt, idet hensigten var at sætte fokus på indsatsen for alle patienter med livstruende sygdom, uanset diagnose. I februar 2012 blev samtlige palliative teams i Region Nordjylland og Region Midtjylland kontaktet via e-mail både for at informere om projektet og for at komme i kontakt med potentielle projektafdelinger, men også for at undgå at kolliderer med de palliative teams eventuelle udviklingsplaner på området og ikke mindst for at lægge op til et eventuelt samarbejde i forløbet.

Derudover blev der taget uformelle kontakter til hospitalsafdelinger i de to regioner, som tidligere havde vist interesse i at indgå i et sådan projekt.

Alle hospitalsenheder på nær én svarede positivt tilbage på henvendelsen. Hospitalsenhederne fandt projektet interessant og relevant og henviste til potentielle afdelinger

og/eller kontaktpersoner. Hospitalsenhederne opgav i de fleste tilfælde ledende sygeplejersker som kontaktpersoner. I praksis var det således langt hen ad vejen sygeplejegruppen, som var involveret i at igangsætte de konkrete udviklingsprojekter. Hvilken betydning det havde, kan være svært at sige, men det viste sig svært at få opbakning til ideen om tværfaglig repræsentation i projekterne. I forbindelse med kontakt til potentielle afdelinger blev det synligt, at ressourceallokering, opfattelse af palliation og forskellige dagsordener relateret til forskning og udvikling i de enkelte hospitalsenheder/afdelinger kunne udgøre en barriere for deltagelse i projektet.

Barriererne kunne være:

1. Manglende ressourcer, andre projekter som fylder fx akkreditering og udvikling af den specialiserede palliative indsats.
2. Manglende interesse og motivation hos klinikere omkring udvikling af palliation.
3. Palliation er forbeholdt cancer patienter og dermed ikke relevant for pågældende kliniske speciale, eller afdelingen har for få palliative patienter.
4. Eksisterende ressourcer anvendes på meriterende forskning frem for udviklingsprojekter.

Efter megen e-mailkorrespondance, telefonsamtaler og enkelte møder begyndte der at tegne sig et billede af potentielle projektafdelinger. I marts-april 2012 blev der gennemført møder med 10 potentielt interesserede afdelinger mhp. yderligere information om projektet, ansvars- og opgavefordeling, mulige udviklingsområder og en vurdering af afdelingens muligheder for at gennemføre et konkret udviklingsprojekt. Resultat af møderækken blev, at otte afdelinger (13 afsnit) deltog med et projekt:

- Hæmatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital (2)
- Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA), Aarhus Universitetshospital (3)
- Abdominal Kirurgisk Afd., Regionshospitalet Randers (1)



- Urologisk Afdeling, Hospitalsenhed Vest (1)
- Onkologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital (2)
- Kardiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital (1)
- Gynækologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital (1)
- Lungemedicinske afdelinger, Sygehus Vendsyssel (2)

De deltagende afdelinger udpegede en eller flere projektledere, som fremover var de primære kontaktpersoner til projektlederen i PAVI. Projektafdelingerne blev tilbudt støtte fra projektleder i PAVI til planlægning af projekter, herunder identificering af relevante udviklingsområder, beskrivelse og planlægning af interventioner, formulering af succeskriterier for outcome, opstart og evaluering. De lokale projektledere udarbejdede (sammen med en lokal projektgruppe) en kort projektbeskrivelse ud fra en model udfærdiget af PAVI (bilag 1). Endelig blev ansvars- og opgavefordeling mellem lokale projektledere og PAVI drøftet og aftalt (bilag 2).

3.3 GENNEMFØRELSE (FASE 3)

I fase 3 var der fokus på at afprøve lokalt initierede udviklingsprojekter. Projekterne blev gennemført af en lokal projektgruppe med mulighed for videndeling, rådgivning og sparring med projektleder i PAVI efter behov. Derudover blev der etableret et fagligt netværk for lokale projektledere/projektdeltagere, koordineret af projektleder i PAVI. Det faglige netværk havde fokus på

videndeling, erfaringsudveksling, gensidig støtte og inspiration i projektforløbet. Netværket bestod af 12 projektdeltagere foruden projektleder Karen Marie Dalgaard og videnskabelig medarbejder Rikke Vittrup, begge PAVI. I projektforløbet blev der afholdt tre møder af fire timers varighed. På møderne havde projektlederne mulighed for at præsentere deres projekter og gøre status med mulighed for diskussion, feedback og sparring med de øvrige deltagere.

Lokale udviklingsprojekter

De lokale projekter havde fokus på at forbedre den palliative indsats ved at afprøve systematiske, planlagte interventioner og anvendelse af konkrete redskaber, fx kliniske retningslinjer for symptomlindring, redskaber til identifikation af palliative patienter, behovsvurdering, samarbejde og samtaler med patienter og pårørende, handlingsanvisende redskaber og planer for strukturering af det tværfaglige samarbejde. I figur 2 er der en oversigt over de enkelte projekter og de interventioner, som blev gennemført. Der henvises til bilag 3-9 for en uddybende beskrivelse af projekterne. Det planlagte projekt på Regionshospital Randers er ikke beskrevet, da det blev udsat.

Den lokale projektorganisering var forskellig fra projekt til projekt.

Alle afdelinger udpegede en-to projektleder(e), som havde hovedansvar for at gennemføre projektet. Projektleder(ne) indgik i en lokal projektgruppe bestående af repræsentanter fra de deltagende afsnit, som ef-

| AFDELING | AFSNIT | PROJEKTTITEL | INTERVENTIONER |
|---|---|---|---|
| Hæmatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital | Afsnit R 70 Afsnit R 170 | Tværfaglige palliations- konferencer - overgange og samarbejde mellem sektorer | 1. Ugentlige tværfaglige palliationskonfe- rencer i 4 teams + supervision 2. Kortlægning af den kommunale palliative indsats/muligheder i RM |
| Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA), Aarhus Universitetshospital | MEA 1 MEA 2 MEA 3 | Systematisk symptom- identifikation hos indlagte palliative patienter | 1. Daglig symptom screening ESASr + opfølgende samtale med patienten 2. Sygeplejehandlingsanvisende redskab til symptomlindring 3. Dokumentation EPJ |
| Abdominal Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers | Afdeling B6 | Behovsvurdering hos indlagte palliative patienter | 1. Behovsvurdering med EORTC-QLQ-C15-PAL15 + opfølgende samtale med patient ved indlæggelse og udskrivelse 2. Registrering af supplerende data vedr. indlæggelsen |
| Urologisk Afdeling, Hospitalsenhed Vest | Urinvejskirurgisk Afdeling, Holstebro | Indretning palliationsstue og systematiske forventnings- samtaler med patient og pårørende | 1. Indretning af palliationsstue i afdelingen 2. Samtaleguide til forventningssamtale med patient og pårørende første indlæg- gelsesdøgn |
| Onkologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital | Afdeling D1 Afdeling D3 | Udvikling af den palliative indsats vha. behovsvurderings- redskabet EORTC-QLQ-30 | 1. Behovsvurdering med EORTC-QLQ-30 ved indlæggelsen + opfølgende samtale med patienten |
| Kardiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital | Afsnit S1 og Hjerteinsufficiensklínikken | "Er du tør i munden"? | 1. Afprøvning af klinisk retningslinje til lindring af mundtørhed hos patienter med hjertesvigt |
| Gynækologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital | Gynækologisk Sengeafsnit | Fra ventetid til forberedelsestid | 1. Samtaleguide til udskrivningssamtale med patient og pårørende 2. Guidelines til samtalen 3. Samtaleblomst 4. Behovsemner 5. Guidelines til opfølgende telefonsamtale |
| Lungemedicinsk Afdeling, Sygehus Vendsyssel | Afsnit 204B, Hjørring Afsnit M5, Frederikshavn | Den palliative KOL-patients behov | 1. Identifikation af palliative KOL-patienter med Prognostic Indikator Guidance 2. Behovsvurdering ESAS-r 1. og 4. indlæg- gelsesdag + opfølgende samtale med patient |

Figur 2: Oversigt lokale udviklingsprojekter

terfølgende havde hovedansvar for at implementere projektet i eget afsnit. I nogle afdelinger udgjorde de lokale projektledere den lokale projektgruppe. De lokale projektgrupper bestod typisk af sygeplejersker, men en enkelt lokal projektgruppe var tværfaglig sammensat med

deltagelse af sygeplejersker, læger, psykolog og socialrådgiver.

Nogle lokale projektgrupper har samlet set haft akademiske kompetencer (i forskning og udvikling) og faglige kliniske kompetencer i palliation. Andre projektgrupper har

især haft faglige kliniske kompetencer i palliation med muligheder for vejledning fra interne ressourcepersoner med akademisk kompetencer, typisk udviklingssygeplejersker og forskningskyndige personer. Alle projektgrupper havde mulighed for videndeling, rådgivning og sparring med projektleder i PAVI.

Bidrag fra PAVI

I forbindelse med hvert lokalt projekt blev der afholdt et opstartmøde mellem PAVI og repræsentanter fra deltagende afdelinger, typisk projektledere, projektgruppe, afdelingsledere, afsnitsledere, udviklingsansvarlige sygeplejersker og forskere. På disse møder var målet at få konkretiseret projekttideer og få afklaret projektgruppens behov for hjælp og støtte internt og fra PAVI. Derefter foregik kontakten overvejende mellem lokale projektledere og projektleder i PAVI via e-mail, telefon eller på lokale møder med indhold og behov defineret af de lokale projektledere. I projektbeskrivelsesfasen bestod den konkrete hjælp især i:

- Uddybning af skriftligt oplæg til udfærdigelse af lokale projekter (bilag 1)
- Hjælp til udfærdigelse af projektbeskrivelser, herunder konkretisering af målgruppe og perspektiver, interventioner, projektforsløb (tidsplan, aktører, inklusionskriterier) og planer for evaluering
- Inspiration til gennemførelse af konkrete interventioner, herunder henvisning til relevant litteratur, forskning og konkrete fremgangsmåder og redskaber.

I tre afsnit deltog projektlederen i opstartsmøder, hvor det lokale projekt blev præsenteret i de konkrete afsnit. I to afsnit har projektleder ved projektopstart gennemført uddybende undervisning for læger og sygeplejepersonale i relation til konkrete temaer. I to afsnit har projektleder haft møde undervejs med projektgruppen for at

diskutere implementeringsproblemer. Projektlederne har således i begrænset omfang efterspurgt sparring og rådgivning i implementeringsfasen.

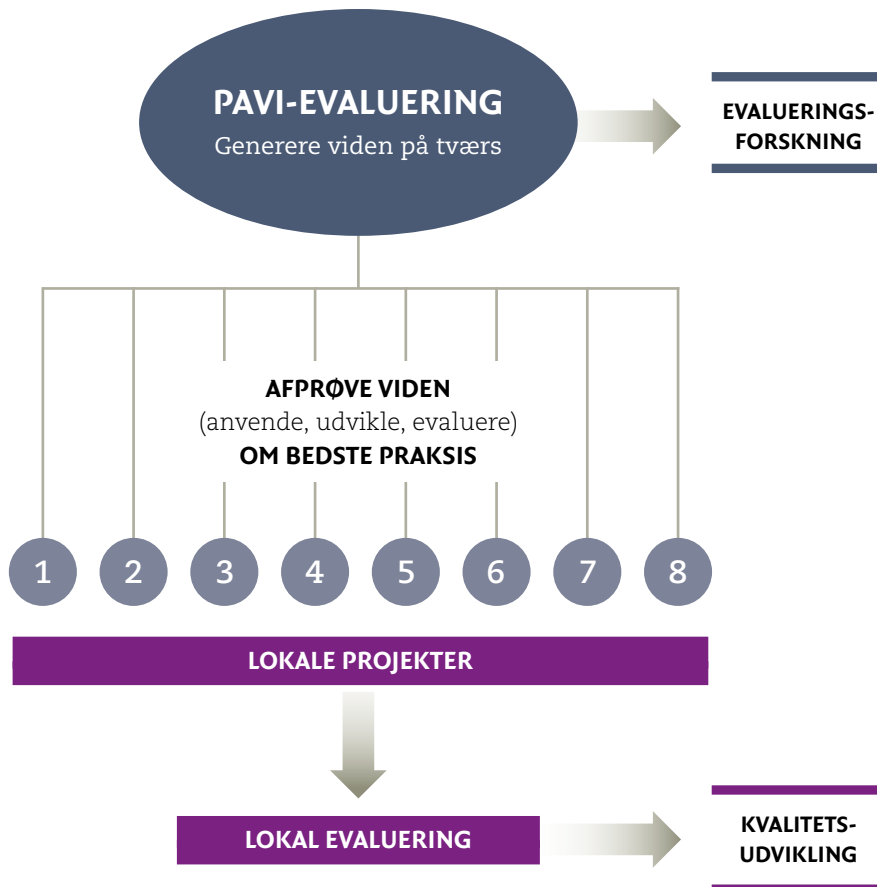
Projektgruppernes efterspurgte især projektlederens akademiske og metodiske kompetencer samt kompetencer inden for det kliniske palliative felt og projektledelse.

3.4 EVALUERINGS- OG FORMIDLINGS-STRATEGI (FASE 4)

I fase 4 blev der både gennemført lokale evalueringer af de lokale projekter og en samlet tværgående evaluering af hospitalsmodelprojektet ved projektleder i PAVI (se figur 3). Den tværgående evaluering er hovedomdrejningspunkt for denne rapport. De lokale evalueringer og projekternes betydning for praksis er beskrevet under de enkelte projekter (bilag 3-9).

Derudover blev der lavet planer for formidling af hospitalsmodelprojektet med henblik på spredning af viden som en kombination af lokal og (inter)national formidling:

- Indlæg og posters om lokale projekter, national hospitalskonference i Vejle, 6. november 2012 (oplæg på www.pavi.dk)
- Hospitalskonference på Aalborg Universitetshospital med præsentation af de lokale projekter og resultater af den tværgående evaluering, d. 18. september 2013 (oplæg på www.pavi.dk)
- Evalueringsrapport fra PAVI med præsentation af de lokale projekter
- International artikel om projektet fra PAVI
- Lokal formidling (symposier, temadage, artikler til fagspecifikke tidsskrifter, lokale fyraftensarrangementer efter aftale).

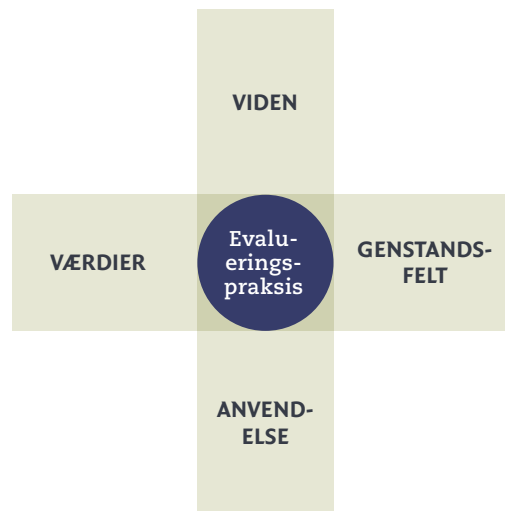


Figur 3: Evaluering hospitalsmodelprojekt

4. EVALUERINGSDESIGN

Formålet med evalueringen af det samlede hospitalsmodelprojekt var at udvikle ny viden om forudsætninger for at gennemføre afgrænsede palliative interventioner i en hospitalskontekst, samt udvikle ny viden om afgrænsede palliative interventioners bidrag til at udvikle palliation i et hospitalsafsnit. Det samlede hospitalsmodelprojekt forstås i evalueringssammenhæng som et program og de lokale projekter som cases eller elementer i programmet (Krogstrup, 2006). Programevaluering kan defineres således: *Programevaluering er den systematiske indsamling af information om aktiviteter, karakteristika, og virkninger af et program med henblik på at bedømme et program, forbedre et programs effektivitet og/eller informere beslutninger om fremtidige programmer* (Krogstrup, 2007). Evalueringen har fokus på at udvikle ny viden, som kan anvendes i fremtidige programmer.

Det valgte evalueringsdesign benævnes **responsiv evaluering**, en teoribaseret evaluering, som ikke er en egentlig evalueringsmodel, men snarere en epistemologisk og moralsk ramme for evalueringen (Krogstrup, 2006, s. 117-128). Tilgangen blev udviklet i begyndelsen af 1970'erne som en kritik af evalueringer, som udelukkende beskæftigede sig med mål, effekter og anvendelse af kvantitative data. Responsiv evaluering åbner op for processer i forbindelse med implementeringen og fastlægger evalueringskriterier undervejs. Det er evaluator, som fastsætter evalueringskriterier og afgør hvilke metoder, der skal anvendes ved gennemførelsen af evalueringen. Nedenfor uddybes responsiv evaluering og de overvejelser, som har været baggrund for valget af dette evalueringsdesign. Der indgår overvejelser om genstandsfelt, værdier, viden og anvendelse (Krogstrup, 2006, s.40-54). Krogstrup omtaler disse overvejelser som *informeret evalueringspraksis* (se figur 4).



Figur 4: Informeret evalueringspraksis (Krogstrup, 2006,s.41)

Responsiv evaluering har fokus på evaluering af interventionistiske indsatser, som sker i en ikke på forhånd fastlagt proces, og derfor er det vanskeligt at fastlægge evalueringskriterier på forhånd. Denne evaluering har fokus på at udvikle viden om gennemførelse af lokale udviklingsprojekter (**genstandsfelt**). Gennemførelsen skete i en proces, der var situationsbestemt og kontekstafhængig med mulighed for refortolkning og kursskifte i forbindelse med implementeringen. Derfor blev evalueringskriterier fastlagt undervejs. Responsiv evaluering bygger på antagelsen, at der ikke eksisterer entydige og sande **værdier** i et program, da de vil være forskellige fra person til person, her fx hos ledere, projektledere og projektdeltagere. Den responsive evaluering er især beskrivende og kun i nogen grad vurderende. Det er således ikke hensigten med denne evaluering at afsige endelige værdidomme eller komme med fasttømrede anbefalinger til ændring af praksis, men snarere at fremlægge åbne beskrivelser, som læseren kan fortolke og vurdere. Målet med evalueringen er at udvikle kontekstafhængig **viden** om ho-

spitalsmodelprojektets rammebetingelser, processer og udviklingspotentiale. Evalueringen **anvendes** ikke til at forandre her og nu, men til at give en dybere forståelse af projektets styrker og svagheder med henblik på fremtidige indsatser. Den responsive evaluering peger på fortolkningsvidenskab og anvendelse af kvalitative metoder, som også er valgt som udgangspunkt for denne evaluering.

4.1 EVALUERINGSMETODER

Evalueringen var baseret på kvalitative metoder og kvalitative data (se figur 5). For det første data som dokumenterer interventioner og proces, dels feltnoter optegnet i en feltdagbog, dels skriftlige dokumenter fra evalueringskontekster. Derudover blev der gennemført interview med lokale aktører for at få en større forståelse for gennemførelsesprocessen og projektets bidrag til udvikling af palliation. Evalueringstemaer fremgår af bilag 10:

| EVALUERINGSMETODE | DATA |
|-----------------------------|---|
| Feltdagbog | Feltnoter |
| Skriftlige dokumenter | Mailkorrespondance mellem projektleder PAVI og lokale aktører, mødereferater og lokale dokumenter (projektbeskrivelser og interventionsredskaber) |
| Fokusgruppeinterview (7) | Lokale projektdeltagere i 7 projektafdelinger |
| Individuelle interview (12) | En leder fra hver af de 12 projektafsnit |
| Fokusgruppeinterview (2) | Lokale projektledere fra 8 projektafdelinger |

Figur 5: Oversigt over evalueringsmetoder og dataindsamling

Fokusgruppeinterview projektdeltagere
Udvælgelse af deltagere til fokusgruppeinterview var baseret på et overordnet princip om relevans og maksimal variation (se bi-

lag 11). De lokale projektledere informerede potentielle deltagere mundtligt og udleverede skriftlig informationsmateriale (bilag 12). I fokusgruppeinterview deltog fagpersoner (implementeringsansvarlige), som indgik i en projektgruppe sammen med projektledere for projektet. Det var typisk fagpersoner, som arbejdede i den daglige kliniske praksis og som havde ansvar for den daglige implementering af projektet i eget afsnit. Derudover indgik fagpersoner (projektdeltagere) som deltog i gennemførelse af konkrete interventioner i eget afsnit.

Der blev gennemført syv fokusgruppeinterview, et for hver projektafdeling. Interviewene varede fra 35-84 minutter (gennemsnit 53 min.), omfattende 12 afsnit og et samlet deltagerantal på 29 personer.

Seks fokusgruppeinterview bestod udelukkende af sygeplejersker (21) og social- og sundhedsassistenter [SOSA] (3). En fokusgruppe var tværfagligt sammensat med deltagelse af sygeplejersker (2), fysioterapeut (1), ergoterapeut (1) og læge (1).

Individuelle interview ledere

Udvælgelse af nærmeste leder skete i et samarbejde med de lokale projektledere. De enkelte ledere blev kontaktet af projektlederen fra PAVI mhp. information og aftaler om deltagelse. Der blev gennemført 12 individuelle interview med ledere (afdelingssygeplejersker, udviklingsleder, overlæge med funktionsansvar) fra de 12 afsnit, som indgik i projektet. De ni interview blev gennemført som telefoninterview. Tre interview blev efter ønske gennemført som face-to-face interview. Interviewene varede fra 16-38 minutter (gennemsnit 24,5 min).

Fokusgruppeinterview projektledere

Der blev gennemført to fokusgruppeinterview med projektledere for de lokale projekter. Disse interview og analyse heraf

blev gennemført af en ekstern evaluator (se kapitel 7). Begrundelsen herfor var, at samarbejdet mellem projektleder i PAVI og de lokale projektledere kunne påvirke interaktionen mellem evaluator og informanter og dermed evalueringens pålidelighed og gyldighed (Dalgaard 2007a, s.107-110).

4.2 EVALUERINGSKONTEKSTEN

I det følgende er der en kort beskrivelse af evalueringskonteksten (lokale projektafdelinger/afsnit) med fokus på væsentlige forhold omkring afdelingens palliative indsats.

Det palliative patientklientel

De palliative patienter i de deltagende afdelinger var overvejende cancer patienter. Fire afdelinger modtog udelukkende palliative cancer patienter (urologisk -, onkologiske -, hæmatologiske - og gynækologisk afdeling(er)). To medicinske afdelinger havde et blandet klientel. Den ene afdeling (MEA) havde overvejende palliative cancer patienter, men også kronisk syge patienter med organsvigt (hjerteinsufficiens og KOL). Den anden medicinske afdeling (Lunge-medicinsk Afdeling) havde både palliative patienter med cancer og KOL. Endelig var der en afdeling, som udelukkende havde palliative patienter med hjertesvigt (Kardiologisk Afdeling). Der er ingen opgørelse på antallet af palliative patienter i de enkelte afdelinger, men de deltagende afdelingers skøn varierer fra 90-95%, mange og få i forhold til afdelingens samlede patientklientel.

Palliative kompetencer

I fem ud af syv afdelinger (ni afsnit ialt) var der udpeget mindst en nøgleperson i palliation i hvert afsnit, en sygeplejerske som havde ansvar for at udvikle palliation i eget afsnit. I afdelingerne var der ti sygeplejersker med efteruddannelse i palliation, typisk en regional initieret nøglepersonsuddannelse og/eller et eller flere diplommoduler i palliation.

ORGANISERING: Alle afdelinger på nær to havde en lokal gruppe af nøglepersoner i palliation, som havde en mere eller mindre fast mødestruktur. I yderligere en afdeling indgik udvikling af palliation som en del af et særligt onkologisk team. Den kliniske palliation var i tre ud af syv afdelinger organiseret i et særligt team, som havde hovedansvar for afdelingens palliative indsats. I de øvrige afdelinger indgik palliation som en del af personalets samlede ansvars- og opgaveløsning. Fire ud af syv afdelinger havde et udbygget samarbejde med det specialiserede palliative niveau, to afdelinger berettede om et begrænset samarbejde, og en afdeling havde ikke et samarbejde med en specialiseret enhed.

4.3 ANALYSE

Alle interview blev optaget på bånd og efterfølgende transskriberet ordret og oversat til skriftsprog, når citater blev anvendt i det empiriske materiale. Interviewene blev analyseret inspireret af **Grounded Theory** som analysemetode i tre trin: 1) Åben kodning; 2) Aksekodning; 3) Selektiv kodning (Corbin & Strauss, 1998). En kodningsproces som gradvist bevæger sig fra konkrete data til et højere abstraktionsniveau. Fokusgruppinterview og individuelle interview blev analyseret med udgangspunkt i to hovedtemaer: **Gennemførelsesproces og udvikling af den palliative indsats.**

Der blev først foretaget en grundig gennemlæsning af alle interview for et begyndende overblik over meningsindhold. Dernæst blev der lavet en åben kodning for at åbne data op og definere og identificere egenskaber og dimensioner ved de fænomener som optrådte for at identificere begyndende temaer/undertemaer. Temaer i den åbne kodning skal forstås som begyndende centrale ideer om identificerede fænomener. Dernæst blev de foreløbige temaer fra den åbne kodning bearbejdet hver for sig i en aksial kodning på tværs



af interviewmaterialet. Aksekodningen sigtede på at samle data på ny og finde nye mønstre og egentlige temaer/undertemaer ved at forfine disse gennem integration af struktur (kontekst), proces (handling og interaktioner relateret til personer, og begivenheder over tid) og sidst dynamik (konsekvenser). Det afsluttende analysetrin var selektiv kodning, hvor temaer/undertemaer blev forfinet og besluttet.

Den afsluttende kodning førte til udvikling af tre identiske temaer i relation til gennemførelsesprocessen set fra både medarbejdernes og ledernes perspektiv:

1) Fra ide til projekt; 2) At bære projektet videre til klinisk praksis; 3) Implementering.

Omkring projektets bidrag til udvikling af den palliative indsats blev der fremanalyseret fire identiske temaer set fra både medarbejder- og lederperspektiv:

1) Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats; 2) En systematisk tilgang øger kvaliteten; 3) Booster for palliation; 4) Fortsat udviklingsproces.

For alle temaer gælder, at undertemaerne er indholdsmæssigt forskellige for medarbejdergruppen og ledergruppen.

5. MEDARBEJDERPERSPEKTIVER PÅ GENNEMFØRELSESPROCES OG UDVIKLING



I det følgende præsenteres medarbejdernes vurdering af gennemførelsesprocessen og især de muligheder og udfordringer, der har været omkring implementering af projektet i den daglige kliniske praksis. Derudover præsenteres medarbejdernes vurdering af projektets betydning for udvikling af den palliative indsats i eget afsnit.

5.1 GENNEMFØRELSESPROCESSEN

I det følgende præsenteres medarbejdernes vurdering af forhold, som har haft betydning for gennemførelsen af lokale udviklingsprojekter. Tre temaer beskriver den samlede gennemførelsesproces:

1) Fra ide til projekt; 2) At bære projektet videre til klinisk praksis 3) Implementeringsfasen.

5.1.1 Fra ide til projekt

Når et konkret projekt skal udarbejdes af en lokal projektgruppe, fortæller informanterne, at det er vigtigt, at gruppen har arbejdsvilkår og ressourcer, der matcher gruppens behov. I det følgende præsenteres de temaer, som er fundet relevante i den forbindelse: Tidsmæssige, personlige og faglige ressourcer, ledelsens rolle og den lille eksklusive gruppes projekt.

Tidsmæssige ressourcer

Informanterne fortalte, at det var afgørende, at projektgruppen havde tid og rammer, som gav mulighed for fordybelse. Nærmeste leder har en afgørende rolle i forhold til at sikre tid og rammer til arbejdet. Informanter berettede imidlertid om udfordringer på det område. En typisk udfordring har været mulighed for "arbejdsfrihed" fra klinisk praksis. Informanterne fortalte, at der allerede fra starten var planlagt med få og nogle synes for få arbejdsfrie dage/timer til udfærdigelse af projektet. Dertil kom, at planlagte arbejdsfrie dage blev inddraget pga. travlhed i afsnittene.

En anden udfordring var, at projektudarbejdelsen foregik under et vist tidspres med deadlines, som skulle overholdes, fordi de lokale projekter indgik som en del af et større projekt. En sygeplejerske syntes, at tidspreset var den største udfordring: *"Jeg synes, den største udfordring har været, at der simpelthen har været for travlt i afdelingen. Der har simpelthen ikke været tid."* Det oplevede tidspres var for nogle projektgrupper på bekostning af mulighed for fordybelse og tilstrækkelig gennembearbejdning af

projektet. En sygeplejerske formulerede det således: *"Og så er vi igen tilbage ved starten af projektet. Hvis vi havde fået mere tid til at gennemarbejde vores protokoller. Hvordan gør vi det her helt praktisk, jamen så havde tingene også set anderledes ud"*.

Informanterne berettede om bristede forventninger og svigt fra nærmeste leder i forhold til de arbejdsvilkår, de fik. Nogle opfattede det som manglende prioritering af deres projekt, og det påvirkede motivationen negativt. Det formulerede en sygeplejerske: *"Den tid man bliver lovet, og alt det der blev sat i udsigt, det falder bare så meget til jorden og så mister man lidt gejsten."*

Personlige ressourcer

På trods af udfordringer omkring begrænsede tidsmæssige ressourcer og rammer, så har især personlig motivation hos medlemmer af de lokale projektgrupper sikret fremdriften i denne fase. Den personlige motivation er udtryk for, at de lokale projektgrupper langt hen ad vejen var sammensat af nøglepersoner i palliation i eget afsnit og ildsjæle, som brændte for at gøre en forskel for den palliative patientgruppe. De greb projektet som en velkommen mulighed for at udvikle palliation i eget afsnit. Informanterne henviste i stor udstrækning til det meningsfulde og praksisnære i projektet som en personlig drivkraft. Derudover berettede de lokale projektgrupper om interessen for palliation, mulighed for at fordybe sig og gøre en forskel som en personlig drivkraft og en spændende udfordring i projektudarbejdsfasen. Det medvirkede til at overkomme barrierer og komme i mål med projektbeskrivelsen.

Faglige ressourcer

Tilstedeværelse af faglige ressourcer, som matchede den lokale projektgruppes behov, har sikret fremdrift og kvalitet i projektudarbejdsfasen. Deltagere i de fleste (5 af 7) lokale projektgrupper havde udviklede kliniske kompetencer i palliation, men begrænset erfaring i projektarbejde og im-

plementering. Disse grupper havde adgang til faglige ressourcer, vejledning og støtte fra fagpersoner med erfaring i projektarbejde, udvikling og forskning, som komplementerede projektgruppens behov. Det var typisk udviklingssygeplejersker ansat i afdelingen, sygeplejersker med forskerkompetence og/eller projektleder fra PAVI, som både har forskningskompetence og klinisk palliativ kompetence på specialistniveau. Det betød, at de nødvendige ressourcer var til stede i projektformuleringsfasen.

To lokale projektgrupper adskilte sig ved, at projektlederne var kliniske sygeplejespecialister med særlige kompetencer i projektarbejde, udvikling og forskning. De var primus motorer omkring litteratursøgning, udarbejdelse af de endelige skriftlige produkter foruden organisering og strukturering af arbejdet, kontakt til ledelsen og projektleder i PAVI. De havde desuden personlige kompetencer i respektfuldt samarbejde med travle klinikere. De øvrige deltagere i de to lokale projektgrupper havde især kliniske, palliative kompetencer. Den kombination af kompetence havde stor betydning for projektets fremdrift. En sygeplejerske fra en projektgruppe udtalte det således:

Jeg vil nævne X [lokal projektleder], for hun har været en ildsjæl udover alle grænser og har været rigtig god til at samle den her gruppe og holde fast i arbejdet. [...] hun har været super god til hele tiden at lave et kæmpe skriftligt arbejde, men hele tiden sende det til os, så vi har kunnet redigere i det, så vi hele tiden har haft medejerskab. Det kunne slet ikke have ladet sig gøre uden en projektleder, for lige så snart vi var ude af gruppen, så var vi inde i de her SKAL-opgaver. Man bliver simpelthen nødt til at have en person, der kan afsætte nogle ressourcer.

Ledelsens rolle

Det var i første omgang ledelsen i de lokale projektafsnit, der udviste interesse for projektet og gav tilsagn om deltagelse. Typisk havde ledelsen en overordnet ide om udvikling af palliation i afdelingen, men de

lokale projektgrupper fik forholdsvis frie tøjler til at konkretisere ideer og indhold. I projektudarbejdelsesfasen var ledelsens rolle især at afsætte tid til projektgruppens arbejde og give tilsagn om støtte til det konkrete projekt. Hjælp og støtte til selve projektudarbejdelsen fik de lokale projektgrupper via lokalt etablerede muligheder for vejledning i afdelingen eller på sygehuset. Nogle informanter fremførte imidlertid, at nærmeste leder ikke altid skabte optimale arbejdsvilkår eller gjorde sig tilstrækkelige bevidste overvejelser om, hvad det krævede af faglige og tidsmæssige ressourcer at lave et gennemarbejdet projekt.

Den lille eksklusive gruppes projekt

Typisk var kollegaer i afsnittene sparsomt inddraget i projektudarbejdelsesfasen. En enkelt projektgruppe inddrog dog kollegaer i prioritering af indsatsområder og det havde ifølge nogle informanter betydning for projektets kvalitet: *"M kom [lokal projektleder] i vores afdeling og snakkede med os om, hvad vi syntes, det kunne være interessant at arbejde med [...] så jeg synes virkelig, vi har haft vores fingeraftryk på det her. Det er også det, der gør, at jeg synes, at det er så godt et projekt."* De øvrige lokale projektgrupper inddrog stort set ikke kollegaer i denne fase. Betydningen af den manglende kollegiale inddragelse fordeler sig på to yderpunkter. For nogle informanter forekom det meget naturligt og som en fornuftig arbejdsdeling med ubetinget støtte til projektet, når det kørte. Andre informanter efterlyste mere løbende information i den fase og mulighed for at være med til at prioritere indsatsområder, da det kunne have betydning for medejerskab, forståelse og motivation for projektet, når det startede op.

De lokale projektgrupper arbejdede således typisk "isolerede" med projektet i denne fase. Samarbejdet foregik især mellem den lokale projektgruppe, ledelsen og ressourcepersoner med erfaring i projektarbejde,

udvikling og forskning, som tidligere omtalt.

Medlemmer af de lokale projektgrupper gjorde sig i bakspejlet overvejelser om, hvilken betydning det havde, at de arbejdede isoleret og med sparsom inddragelse af kollegaer i projektudarbejdelsesfasen. Medlemmerne af de lokale projektgrupper var typisk ildsjæle i palliation med stor interesse for at udvikle netop det felt. De berettede om et spændende og intenst arbejde, som betød, at projektgruppens medlemmer fik et stort ejerskab til projektet. En sygeplejerske fra en projektgruppe udtrykte det således: *"Og i og med man får lov til at arbejde så intensivt med det, så har man også et meget stort ejerskab overfor det, når man skal i gang med at implementere det."* Det betød, at en del af de lokale projektgrupper stod med en udfordring, som de først for alvor blev bevidste om i løbet af implementeringsfasen, nemlig at inddrage kollegaerne, så de fik medarbejderskab og det blev et fælles projekt. Det manglende fokus på at udvikle medejerskab i personalegruppen kan henføres til, at de lokale projektgrupper havde begrænset viden og erfaring i implementeringsprocesser. Det fortalte en nøgleperson i palliation om således: *"Det var øjenåbneren for mig, at man kan godt have ejerskab til noget, men hvornår har man plantet det ejerskab til en personalegruppe? Jeg var viiirkelig overrasket over, at der skal så meget mere til, da vi lagde ud med det, for jeg synes vi lagde rigtig meget energi i det og vi var da to forholdsvis synlige ildsjæle indenfor palliation."*

De lokale projektgrupper var ikke tilstrækkelig opmærksomme på at planlægge og aftale implementeringsforløbet med ledelsen. Det berettede et medlem af en projektgruppe om: *"Vi var fuldstændig optaget af at få lavet den her protokol og den skulle bare være færdig. Tanken om hvad der skulle ske, når den var færdig, den var vi slet ikke i."* En anden projektgruppe fortalte desuden, at

man som projektbærer kan gå ind i implementeringsfasen med skyklapper på, fordi man i gruppen havde arbejdet så intenst med projektet og syntes, at "det er nemt at gå til" og som vedkommende sagde: *"Jeg blev lidt overrasket over., at det måske ikke lige faldt alle så nemt."*

5.1.2 At bære projektet videre til klinisk praksis

De lokale projekter, planlagte interventioner og konkrete redskaber, som skulle anvendes i forbindelse med projektet, blev introduceret til projektdeltagerne i afsnittene via forskellige eksterne læringskontekster (læringskontekster løsrevet fra klinisk praksis) ved projektopstart. I de fleste tilfælde blev projekterne introduceret på introduktionsmøder af max 45 minutters varighed. To afdelinger introducerede til projektet på et personalemøde og endelig afholdt en afdeling et tre timers fyraftensarrangement, hvor introduktionen var kombineret med undervisning med relevans for projektets interventioner. Det skal dog siges, at ikke alle projektdeltagere prioriterede eller havde mulighed for at deltage i de afholdte introduktionsmøder.

Udbyttet af de afholdte introduktionsseancer havde værdi for de fagpersoner, som deltog. En sygeplejerske fortalte om introduktionens betydning: *"Jamen selvfølgelig at få forklaringen på, hvad det handlede om og hvilke redskaber, vi havde at gøre med og forretningsgangen i det, så man ligesom vidste, hvordan man skulle gå til det. Men også lige så meget, hvordan vi præsenterede det for patienten."* Det var dog en udfordring for flere lokale projekter, at forholdsvis få projektdeltagere deltog i disse introduktionsseancer.

Efter introduktionen følte nogle informanter sig klædt på til at anvende de redskaber, som projektet rummede. Det kom frem i følgende ordveksling mellem informanter: *"Jeg synes faktisk det var en fin introduktion*

[...] en god gennemgang" (spl.1) - *"... og så er der også en vejledning med, hvis man ikke lige kan huske det"* (spl.2) - *"Det hele det var der"* (spl. 1) - Interviewer: *"Så I følte jer klædt på til at hoppe ud i det?"* - *"Det synes jeg nok"* (spl. 2).

Nogle informanter følte sig, uanset om de deltog i introduktionen eller ej, ikke tilstrækkelig klædt på til at gennemføre interventionerne, men de var selv opsøgende i forhold til at blive klædt bedre på. En sygeplejerske sagde det sådan: *"Jeg følte mig ikke klædt på, for jeg var ikke til den undervisning. Så jeg har lavet lidt bearbejde selv."* Endelig var der nogen, som ikke selv var opsøgende i forhold til at overvinde den barriere, det kunne være at springe ud i projektet.

To lokale projektgrupper blev allerede tidligt i forløbet klar over, at der var behov for yderligere information, diskussion og læring om anvendelse af de konkrete redskaber. De var således bevidste om at "korrigere kursen" tidligt i opstartsfasen og tog initiativer, som skulle fremme deltagelse og læring omkring konkrete interventioner. De øvrige projektgrupper tog ikke initiativer til at korrigere kursen, fordi de havde en forventning om, at projektdeltagerne var klædt godt på til at anvende de redskaber, som var udarbejdet i forbindelse med projektet. Det så nogle projektgrupper først i bakspejlet. Det kom frem i en ordveksling i en fokusgruppe:

Spl.1: Set i bagklogskabens lys tror jeg, det er vigtigt at skelne ens eget ejerskab og hvordan folk egentlig skal klædes på for også at få ejerskab og kaste sig ud i det og føle sig hjemme i at bruge de her redskaber. - Spl. 2: Det er kommet lidt bag på mig. Vi har jo været med i hvert et skridt og jeg er også en del af projektgruppen... man kan ikke bare servere et produkt for personalegruppen og så have en forventning om, at de er med på den fra day-one - Spl.1: Du kan ikke forvente efter 45 minutters undervisning, at de bare kan flyve ud i at bruge et sådant redskab. Jeg tror jeg havde for høje forventninger.

5.1.3 Implementeringsfasen

Efter introduktionen skulle projektet være klar til implementering. I implementeringsfasen var der forhold, som både virkede fremmende og hæmmende for implementeringen. Forholdene var relateret til projektdeltagerne, ledelsen, de implementeringsansvarlige, tid og forandringskultur.

Modtagelse og indstilling hos projektdeltagere

Projektdeltagernes modtagelse af og indstilling til projektet havde betydning for, om den enkelte blev aktiv medspiller i implementeringsprocessen eller ej. En af de væsentligste faktorer for at blive en aktiv medspiller i implementeringsfasen så ud til at være, om den enkelte projektdeltager kunne se mening i at gennemføre det konkrete projekt. Det meningsfulde henførtes typisk til, at projektet udsprang af et ønske om at udvikle en bestemt praksis i det konkrete afsnit, frem for et projekt, som blev trukket ned over hovedet på afsnittet. Det sidste skete ifølge informanterne ikke så sjældent. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Jeg synes, det er et smart nok projekt på den måde, at det udspringer af noget, vi*

har haft et ønske om at udforske. Der sker så mange ting i dag, som vi får trukket ned over hovedet. Vi skal det ene og vi skal det andet, men det her er noget, vi selv har kunnet se en mening med." Det at kunne se mening med projektet ser ud til at give medejerskab og ikke mindst motivation til at gå aktivt ind i udviklingen. Det berettede en sygeplejerske om i forbindelse med en diskussion om en vellykket implementeringsproces:

Jeg tror også det hænger sammen med, at vi havde fokus på det psykiske omkring patienten inden, at det var det, vi arbejdede med. Vi ville gerne have bedre redskaber til det. Vi ville også gerne have, at patienten gik herfra med en bedre sygepleje. Så man har det for øje, når man går ind i sådan et projekt. Vi har alle sammen haft en fælles interesse i, at der skulle ske noget på det punkt.

Den enkeltes ønske om at give sin opbakning til projektet og deltage ser således ud til at hænge sammen med mening, medejerskab, motivation og fælles interesse. Andre forhold, som bidrager til, at personalet bliver en aktiv medspiller, kan være et generelt ønske om udvikling og et ønske om kollegial opbakning til lokale projektledere.



Barrierer

Informanterne berettede om mange barrierer i implementeringsfasen. En kombination af kontekstuelle og personafhængige forhold virkede sammen og fik betydning for projektdeltagernes personlige indstilling på projektet. Af kontekstuelle forhold nævntes først og fremmest travlhed og tidspres, men også forandringskulturen i de enkelte afsnit, den palliative kultur og patientgrundlaget blev nævnt. Den palliative kultur var nogle steder ikke-eksisterende, fordi der ikke traditionelt havde været fokus på palliation i afsnittet. Det kunne betyde, at området blev nedprioriteret til fordel for konkurrerende opgaver. En forandringskultur præget af konstante forandringer og gennemførelse af projekter kunne betyde, at personalet var mæt af ud-

vikling og forandring. En informant fortæller om den modstand, det kunne medføre i en personalegruppe: *"Det var som sagt også fordi folk var ved at være fyldt op med projekter. [...] Vi var lige blevet færdigt med et, så de var slet ikke modne til at starte et nyt."*

En anden informant brugte udtrykket, at personalet var *"fed up"* med projekter.

Travlhed og tidspres var den barriere, som blev nævnt hyppigst. Travlhed og tidspres kunne have afsmittende effekt på den personlige indstilling på projektet. Det fremgår af følgende citat:

Der har været en lang periode, hvor man faktisk har overarbejde hver evig eneste dag. Vi har patienter, der ligger på gangen og du når knapt nok de helt basale behov og om aftenen er du nødt til at fravælge aftenskaffen, fordi der simpelthen ikke er tid til at give den. Altså, så kan det være svært at have overskud til at sætte sig ind i noget nyt også. Og det er bare ja... det er rigtig irriterende, fordi det er jo en bremsekloks for vores egen udvikling.

Nogle havde i udgangspunktet forbehold overfor projektet pga. tidspres og manglende overskud. Andre erfarede undervejs, at fx screening og opfølgende samtaler kunne være meget tidskrævende og derfor tøvede de med at gå i gang med opgaven. En sygeplejerske sagde det således:

Det kan tage utroolig lang tid at udfylde det der skema, for patienten har måske brug for, at vi har tid ... at de føler, vi har tid til, at de åbner op og snakker om det. Så kan man godt sidde og trippe lidt... og ikke dermed sagt, at man er fraværende på nogen måde, men man har bare i baghovedet, at det her kommer til at tage lang tid...[...]. Jeg synes, det har været svært at få sagt, at nu tager jeg tid til det, så må resten lige vente lidt.

Travlhed og tidspres kunne påvirke den enkeltes overskud til at gå aktivt ind i projektet, men også opmærksomheden på, at der faktisk blev gennemført et projekt, kunne være svært at huske i en travl og tidspreset hverdag. Nogle berettede om, at de tog

"kampen" mod tiden op, og i de situationer hvor det ikke lykkedes at vinde kampen, påvirkede det motivationen for projektet i negativ retning. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Jeg mistede gejsten."*

Barrierer omkring personafhængige forhold kan således henføres til manglende mening og ejerskab, som medfører, om end sjældent en åbenlys modstand, så dog en vis skepsis og forbeholden indstilling. Denne skepsis udtrykte en terapeut således:

"Jeg havde det sådan lidt til en start, at jeg tænkte: Hvad laver jeg egentlig her [på en konference]?"

Derudover blev usikkerhed om inklusion af patienter og anvendelse af de nye redskaber nævnt som en barriere, der skulle overvindes. En sygeplejerske fortalte om denne usikkerhed: *"Det velkendte det glider jo, for det har vi liggende... det ligger sådan lige til højrebænet, hvorimod når der kommer noget nyt, så skal man bruge noget ekstra energi på det."* Usikkerheden kunne også skyldes tvivl på egne faglige kompetencer. Det fortalte en sygeplejerske om: *"Der er jo nogen [patienter], der har noget at slås med, som åbner op for noget, når de ligger på det sidste og er dårlige og sådan nogle ting. Jamen "er jeg faglig nok kvalificeret til at gå ind i det?"* Den vekslende kontinuitet omkring inklusion af patienter og kontinuitet i personalets tilstedeværelse bidrog til at forlænge læringsprocessen. Det fortalte en social- og sundhedsassistent om:

Jeg tror, at når der skal noget nyt i spil, og det ikke er hver dag og der går en måned, før det kan være aktuel, så opstår usikkerheden: Kan jeg nu huske det... og har jeg nogen ved siden af, jeg kan trække på og spørge, for hende ved siden af hun er også usikker? Det trækker det altså i langdrag i forhold til at implementere noget nyt.

At overvinde barrierer på det personlige plan

Om end der blev fremhævet mange barrierer på det personlige plan, så berettede

informanterne om, hvordan det lykkedes at overvinde disse barrierer og blive en aktiv medspiller i projektet. Det skyldtes især, at der via afklarende dialoger i afsnittet blev sat fokus på meningen med projektet. Flere informanter berettede om den afklaringsproces:

SOSA: Jeg tror generelt stemningen i afdelingen var, ååh endnu en screening. Vi screener og screener og screener, endnu en, hvad skal det nu til for? Men jeg har indtryk af, at for fleste ændrede den holdning sig. – Spl.1: Ja, det synes jeg også. De fleste har givet udtryk for, at det ikke er en screening for screenings skyld... det er en screening, der forhåbentlig og i hvert fald har til hensigt at gavne plejen til de palliative patienter. – Spl.3: Det er altså ikke fordi vi skal komme godt ud på Den Danske Kvalitetsmodel.

Sådanne afklarende dialoger undervejs i projektforsløbet bidrog til at overvinde modstand og overbevise de skeptiske.

En anden vigtig faktor var at overvinde usikkerheden over for nyt. Her blev fremhævet betydningen af at skabe interne kollegiale læringsrum i hverdagen fx i form af sideoplæring, kollegial sparring og dialog. Der var imidlertid sparsomme tidsmæssige ressourcer, vekslende betingelser og opmærksomhed på at overvinde usikkerheden i interne kollegiale læringsrum. En implementeringsansvarlig sygeplejerske uddybede det:

I hele den der proces bliver man nødt til at støtte op, når folk sidder med de palliative patienter: Hvordan screener man? Hvordan kan du præsentere det? Hvordan åbner man SF'en, som man skal dokumentere i? Hvordan bruger man det handlingsanvisende redskab? Hvordan er det tænkt ind? Det skulle der have været lagt mange flere ressourcer i [...] Flere sagde åh vi er så bange for at forstyrre. Jeg tror, at vi skulle have søgt den forstyrrelse mere.

Endnu et forhold, som havde betydning for at overvinde usikkerhed, var forskelle i individuelle læringsstile hos projektdeltagere. Nogle fremhævede behov for læring

i kollegiale læringsrum, mens andre fremhævede tid til fordybelse, egen refleksion og erfaringsdannelse.

Såfremt det lykkedes at overvinde personlige barrierer, enten ved egen hjælp eller i kraft af afklarende dialoger og vejledning i interne kollegiale læringsrum og kaste sig ud i det, berettede informanterne om, hvordan positive oplevelser og positive resultater blev en positiv spiral, som gav energi, overskud, mod og motivation til at fastholde implementeringen af projektet og sikre fremdriften. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Den positive oplevelse er med til at skabe energien [...] Det bliver en samtale på en anden måde og der er nogle patienter, som har sagt, jamen det vil jeg da rigtig gerne. Det giver bare noget tilbage. Og så har man mere mod på det. Jeg tror, det har været feedbacken, der gør, at man er på igen."* – En læge udtalte det således: *"Altså det at se nogle positive resultater, det er jo den mest motiverende faktor."*

Den positive spiral i relation til projektets fremdrift betød, at den enkelte opnåede en vis fortrolighed med at gennemføre projektets interventioner. Det lykkedes at gøre det ukendte velkendt og ikke mindst gav det mulighed for at bidrage til kollegial læring, så det ikke hvilede udelukkende på de implementeringsansvarlige. Det berettede en sygeplejerske om: *"Jeg kunne hjælpe andre med det også, for det var ikke altid, de der var med i projektet, var til stede og kunne spørges."*

Nogle informanter berettede om kollegaer, som aldrig kom ind i implementeringsprocessen. Det kunne der være flere forklaringer på, men informanterne pegede på manglende engagement og overskud. Det blev formuleret således: *... jeg ved ikke helt, hvordan jeg skal formulere det, men der er en gruppe i personalet, som.. hvis man kommer og siger, der er noget nyt, vi skal implementere, jamen det skal vi. Det er besluttet og det skal man og så gør man det [...] men der er også nogen, der siger, nåh, ja når jeg magter det."*

Ledelsesopbakning

Informanterne fremhævede, at ledelsesopbakning og ledelsesopmærksomhed var afgørende for projektets fremdrift i implementeringsfasen. En sygeplejerske udtrykte det således:

Så er det måske også kommet lidt bag på mig, hvor meget ledelsesopbakning, det kræver at lave et sådant projekt [...]. Når man skal sætte det i gang i afdelingen, så kræver det også meget ledelsesopbakning og ledelsesopmærksomhed. Jeg kunne godt have tænkt mig, at det havde fået endnu mere opmærksomhed, end det fik. [...]. Da det skulle implementeres, synes jeg, det lå, i hvert fald i mit afsnit, på projektledernes skuldre at bære det igennem. Man bliver nødt til som leder, hvis man vil det og man synes, det her projekt er godt og det skal blive til noget i afdelingen, så bliver man nødt til at give det nogle ressourcer, give det noget opmærksomhed og være med til at bære det som leder i forhold til at give os, der skulle implementere projektet... lidt ressourcer til det.

Dette udsagn rører ved nogle centrale forhold omkring nærmeste leders rolle i implementeringsfasen. Den opmærksomhed og opbakning, som blev efterspurgt, handler både om, at nærmeste leder i dagligdagen viste engagement i projektet, bidrog til at skabe opmærksomhed om projektet og motivere personalegruppen. Derudover efterspurgte især de implementeringsansvarlige, at nærmeste leder også i denne fase af projektet var med til at skabe nogle arbejdsvilkår, som kunne sikre projektets fremdrift, først og fremmest så der var tidsmæssige ressourcer til at løfte opgaven.

Nogle ledere gav projektet både opmærksomhed og ressourcer og spillede en aktiv rolle omkring projektet, når de implementeringsansvarlige var fraværende eller optaget af andre opgaver. En implementeringsansvarlig sygeplejerske fortalte om den støtte, hun fik:

Jeg bliver nødt til at sige, at i mit afsnit har den nære ledelsesopbakning helt klart været der. Jeg har fået de ressourcer, jeg har bedt om. [...] Jeg indgik på lige fod med de andre i plejen og skulle måske gå en fuld stuegang på en flok patienter og der var indkaldte og hvad med overblik over projektet, men der tog afdelingssygeplejersken over. Hun kom faktisk også ind til konferencen og spurgte. "Har I overvejet den patient?" Guud ja, tak for den, for da var jeg videre i tre andre udskrivelser. Så jeg kan sige, at personligt har jeg fået en rigtig god opbakning.

Mange informanter oplevede tilsyneladende, at nærmeste leder trak sin støtte tilbage ved implementeringsfasens start med det resultat, at de implementeringsansvarlige følte, at de skulle bære projektet alene og uden den nødvendige tid til at løfte opgaven i en travl hverdag, hvor de var fuldt optaget af det kliniske arbejde.

De implementeringsansvarliges rolle

De implementeringsansvarlige berettede om deres erfaringer og oplevelser i implementeringsfasen. Flere fremførte, at deres rolle som implementeringsansvarlige havde trange vilkår. De oplevede især tidspres som en barriere i gennemførelsesfasen. De implementeringsansvarlige indgik ofte på vanlig vis i den daglige normering og løsning af det, nogle benævnte som SKAL-opgaver. Manglende tid betød, at de havde begrænset tid og overskud til at holde fokus på projektet, bevare overblikket over mulige patienter til inklusion og fordybe sig i inklusion af patienter. Nogle formulerede det som muligheden for at gå i "**projektmode**" og få "**projekttid**", hvor de kunne koncentrere sig om opgaven. Tidspreset betød også, at det var svært at spille en aktiv opsøgende rolle overfor kollegaer i form af afklarende dialoger, støtte og opmærksomhed på inklusion af patienter.

Informanterne fremhævede ledelsesopbakning som en vigtig faktor i implementeringsfasen. De fremhævede ledelsens rolle

som "rammesætter" (skabe vilkår for de implementeringsansvarlige), støtte til de implementeringsansvarlige, bidrage til at skabe opmærksomhed om projektet i personalegruppen og holde fast i en opsøgende indsats. De implementeringsansvarlige berettede også om behov for hjælp, støtte og sparring med andre. Enkelte fik den hos ledelsen, men det typiske var, at den sparring især fandt sted i projektgruppen eller i hverdagen sammen med øvrige implementeringsansvarlige i eget afsnit.

Trods modstand og barrierer i implementeringsfasen, så var der forhold, som bidrog til fremdrift og positive oplevelser. Ledelsesopbakningen vurderedes meget positiv, når den var der. Kollegial opbakning blev fremhævet som en anden vigtig faktor, dels opbakning i form af kollegaer, som bidrog aktivt til gennemførelse af projektet, dels opbakning i form af positive tilbagemeldinger omkring projektet. Det fremgik af følgende udsagn: *"Jeg ved godt, vi har talt barrierer, men jeg synes vi har mødt ligeså meget positivt.. og især hen ad vejen, når folk er blevet mere dus med det... og man har fået positive tilbagemeldinger"* (spl.).

Trods de implementeringsansvarliges beretninger om frustrationer og barrierer i implementeringsfasen, var de i stand til at fastholde gejsten i forløbet. De implementeringsansvarlige var typisk ildsjæle med et ønske om at udvikle palliation i eget afsnit. De opfattede projektet som meget meningsfuldt og relevant for den daglige kliniske praksis og forbedring af den faglige kvalitet. Det kom frem i følgende ordveksling, hvor PAVI-projektlederen spurgte om, hvad der gjorde, at de blev ved trods den modstand, de mødte: *"Jamen jeg tror, det er fordi, jeg synes, vi har lavet noget, som er rigtig godt. Vi synes, det er nogle gode redskaber og vi synes jo selv, vi har lavet et godt stykke arbejde og lagt mange kræfter i det, så vi vil jo også gerne have ... at folk kan se lyset [griner]"* (spl. 1) – *"Jeg er rigtig, rigtig stolt over, at vi faktisk har fået et produkt ud af det,*

barrierer og alt andet lige ... som rent faktisk giver mening" (spl.2).

Udover et ønske om faglig udvikling fremhævede informanterne læring, erfaring og en personlig tilfredsstillelse ved at gennemføre udviklingsprojekter, og de har mod på at gøre det igen trods alt:

Det er jo fem helt almindelige sygeplejersker, som har sat sig ned og gjort det, så det har også været en øjenåbner for mig. Alle kan jo lave udvikling. Hvis man bliver givet lidt opmærksomhed og lidt resourcer, så kan alle sætte sig ned og lave det her eller noget tilsvarende, der hvor man brænder for noget. Der er jo ikke nogen af os... der... flyver ret meget højere end gennemsnittet, så det synes jeg da også er dejligt at tænke på, at hvis folk får opbakning og noget støtte i det og bliver tildelt noget tid, så kan man lave udvikling.

Projektdeltagerne berettede også om de implementeringsansvarliges rolle og betydning i implementeringsfasen. De fremhævede betydningen af, at de(n) implementeringsansvarlige var synlige og gik foran. De havde en vigtig rolle i at skabe opmærksomhed omkring projektet og holde fokus, fordi projektet nemt kunne gå i glemmebogen i en travl hverdag. De har brug for helt konkret at blive mindet om projektet og overveje inklusion af relevante patienter. Projektdeltagerne fremhævede også de implementeringsansvarliges rolle i forhold til at motivere og være til rådighed for afklarende spørgsmål. De implementeringsansvarliges engagement var en vigtig faktor, da det havde afsmittende effekt på projektdeltagerne. Disse forhold blev opsummeret af en projektdeltager: *"Jeg synes, det har været rigtig positivt med deres [implementeringsansvarlige] engagement, at de har været så motiverede, og de ville gerne fortælle om det, huske os på tingene."*

Konkurrerende SKAL-opgaver

De fleste informanter fremhævede travlhed og manglende tidsmæssige ressourcer som en væsentlig barriere i implementerings-

fasen. Der var konstant konkurrerende SKAL- opgaver (stuegang, modtagelse af akutte og indkaldte patienter, vejledning af yngre kollegaer m.v.), som skulle prioriteres frem for implementering af projektet. En sygeplejerske formulerede det således: *”Ja altså i en helt almindelig hverdag når man simpelthen ikke at tænke det ind, fordi det kører bum, bum, bum. Den tid man har, er i forvejen komprimeret. Skal jeg så spørge ind til det, og hvis de siger ja, så skal jeg pludselig finde et kvarter ekstra, som jeg ikke har.”*

Den tidsmæssige barriere kunne betyde, at patienter ikke blev inkluderet i projektet eller planlagte samtaler måtte aflyses. Men travlheden kunne også betyde, det var svært at finde tid og ro til den anderledes og nye opgave, som projektet rummede. Nogle fik først øje for den tidsmæssige barriere set i bakspejlet. Andre informanter berettede om, at de blev opmærksomme på den barriere tidligt i forløbet og fik iværksat planer til at imødegå den barriere. Det fortalte en implementeringsansvarlig sygeplejerske om:

Den eneste forhindring, jeg lige har stødt på, har været tiden, at vi ikke altid kunne tage en time ud af en hverdag for at holde samtalen. [...] Jeg synes, det er blevet bedre, fordi nu har vi fået lavet det sådan, at tiden bare skal være der til den her samtale. Så vi har aftalt med vores koordinatore i afdelingen, at når vi går fra til de her samtaler, så skal de træde ind i teamet og hjælpe os, så tiden er til, at vi kan gå fra.

To afdelinger nævnte ikke tid og travlhed som en barriere i implementeringsfasen. I de to afdelinger skyldtes det tilsyneladende afdelingens forandringskultur med et støttende kollegialt miljø, som betød, at projektet blev opfattet som en SKAL- opgave, man hjælper hinanden med at gennemføre. Derudover var ledelsen i begge afdelinger opmærksomme på den potentielle tidsmæssige barriere og havde afsat tid til implementering af projektet ved at opprioritere projektet og nedprioritere andre opgaver.



Forandringskultur

Forandringskulturen i de enkelte afsnit var en betydningsfuld faktor, som påvirkede de personer, som var bærere af forandringen og implementeringsprocessen. Det var typisk for de afsnit, som deltog i projektet, at de havde en forandringskultur præget af konstante krav om top-down styrede strukturelle forandringer. Det kunne være organisatoriske ændringer som sammenlægning eller lukninger af afsnit, nye ledelsesstrukturer eller nye it-systemer til dokumentation af patientdata og medicin. Dertil kom projekter som patienttilfredshedsundersøgelser og implementering af screeningsredskaber som jf. Den Danske Kvalitets Model (DDKM). Det kunne betyde, at top-down styrede forandringsprojekter kom til at overskygge muligheden for at iværksætte faglige, kliniske udviklingsprojekter initieret af de enkelte afsnit.

Flere informanter fremhævede, at top-downstyrede SKAL-projekter bidrog til at sætte implementeringen af lokale palliative projekter under pres ved at tage opmærksomhed og ressourcer og overskride personalets overskud til nye forandringer. Dertil kom, at de enkelte afsnit havde forskellige traditioner og erfaringer med at gennemføre faglige, kliniske udviklingsprojekter.



I nogle afsnit var traditionen begrænset eller ikke eksisterende. I andre afsnit berettedes om negative erfaringer med at gennemføre sådanne projekter. Initiativerne døde simpelthen ud.

Endelig kunne et projekt med fokus på palliation udfordre den rådende projekttradition. En fokusgruppe berettede således om, at nok var der tradition for at initiere faglige, kliniske udviklingsprojekter, men ikke inden for palliation, hvor der ifølge informanterne var mere fokus på "bløde værdier", frem for det som kan måles og vejes, som afdelingen traditionelt havde fokus på. Endelig var der en holdning til kliniske udviklingsprojekter, som tenderede "organisatorisk hykleri" (udtryk for at det som siges, besluttet og gøres ikke harmonerer), idet ressourcerne til at gennemføre projekterne ikke var til stede i praksis. Det berettede en sygeplejerske om: *"Udadtil lyder det som om der er stor velvilje til at lave projekter. Vi skal have tid til det, men det er ikke det, der sker i praksis. Det bliver bare lagt oveni."*

Andre afsnit havde tradition for at initiere faglige, kliniske udviklingsprojekter. Især på et etableret universitetshospital berettede informanterne om **"et bombardement med udvikling og forandring"** som en naturlig del af hverdagen. Endelig var der afdelinger, som havde skabt en forandringskultur, hvor faglig udvikling var en integreret del af hverdagen.

Afsnittene havde således forskellige forandringskulturer i forhold til gennemførelse af faglige, kliniske udviklingsprojekter. Afsnit med begrænsede traditioner på området berettede om et stort ønske om at gennemføre projekter, som kunne bidrage til at højne den faglige kvalitet. I afsnit med en forandringskultur, hvor gennemførelse af faglige, kliniske udviklingsprojekter var en del af hverdagen, blev der berettet om både positive og negative oplevelser i relation til gennemførelse af sådanne projekter. I afdelinger med stort set positive oplevelser refereredes især til, at gennemførelsen af projekter var baseret på en fælles

overenskomst i leder- og personalegruppen og en ubetinget opbakning kombineret med en aktiv og åben forholden til projektet. Det fortalte informanterne i en fokusgruppe om: *"Der er solidaritet i den her afdeling for at udviklingsprojekter, dem deltager vi i"* (læge). – *"Og at de er der for en grund. De er der for at vi skal blive bedre, for at vi skal skabe bedre forløb for patienterne"* (spl.). – *"Man kan godt være uenig og kritisere projekter osv. Det er jo også meningen"* (læge). – *"Men vi boykoter dem ikke"* (terapeut). Andre informanter fortalte om et kollegialt miljø præget af gensidig åbenhed, forståelse og støtte i forhold til kravet om konstanter forandringer.

5.2 UDVIKLING AF DEN PALLIATIVE INDSATS I HOSPITALSREGI

I det følgende præsenteres medarbejdernes vurdering af, hvad der kan ske med den palliative indsats i en afdeling, når der via et udviklingsprojekt sættes fokus på udvikling af palliation. Der præsenteres fire temaer:

- 1) Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats; 2) En systematisk tilgang øger kvaliteten; 3) Booster for palliation; 4) Fortsat udviklingsproces.

5.2.1 Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats

Mulighed for at udvikle palliation i eget afsnit blev generelt hilst velkommen. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Dejligt at der endelig kom noget vi kunne gøre for vores KOL-patienter. Vi synes virkelig, det var tiltrængt."* Informanterne pegede på områder med særlige behov for udvikling af palliation omkring patienter, pårørende, den professionelle indsats og organisering. Omkring patient-perspektivet fremhævedes behov for bedre symptomlindring, øget livskvalitet, undgå unødige genindlæggelser, forbedre patienterne på døden, herunder tid til samtale, nærvær og en egentlig terapeutisk indsats. I relation til pårørendeperspektivet fremhævedes indsatsen for pårørende, idet inddragelse af pårørende i sygdomsforløbet og indsatsen for pårørende i sig selv ikke foregik systematisk og målrettet.

Omkring den professionelle indsats blev flere udviklingsområder nævnt: personafhængig kvalitet, det professionelle perspektiv dominerer, manglende prioritering og anerkendelse af palliation, tværfagligt samarbejde og rettidig identificering af palliative forløb. Den personafhængige kvalitet blev relateret til forskellig faglighed og engagement i personalegruppen i konkrete afsnit, som betød, at den palliative indsats rummede elementer af tilfældighed. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Jeg synes, det er personafhængigt, hvor høj en faglighed folk går ind i det med [...] man kan godt brænde mere for palliation end noget andet, men det kan jo også godt være omvendt, at nogen brænder for noget andet i sygeplejen, så kvaliteten kan godt ses i forhold til, hvem der er tildelt plejemæssigt"*. Et dominerende professionelt perspektiv er udtryk for, at de professionelles dagsorden bliver styrende for indsatsen frem for patientens. Det kunne betyde, at de professionelle manglede forståelse og viden om, hvad der var vigtigt for patienten. Det fremgik af en dialog mellem tre sygeplejersker:

Spl.1: Mange af vores patienter bliver genindlagt, så den er på rutinen. Vi tror egentlig, at vi har en god forståelse af dem. - Spl.2: Vi selekterer jo og målretter vores kommunikation rigtig meget for at kunne gøre de ting vi skal. - Spl. 3: Jeg tror det er noget med at vi tilvænnenes kompleksitet så vi til sidst er blinde for, hvor dårlige de er. Det bliver hverdag for os at have så dårlige patienter hele tiden.

Flere informanter med palliation som et særligt interesseområde oplevede, at både læger og sygeplejekollegaer ikke prioriterede og anerkendte palliation som et indsatsområde. Især i afsnit med patienter med non-maligne diagnoser var der en opfattelse af, at palliation primært var forbeholdt cancer patienter. Det tværfaglige samarbejde blev fremhævet af sygeplejegruppen som et udviklingsområde, især i forhold til lægegruppen.



Endelig blev rettidig identificering af palliative forløb fremhævet som et udviklingsområde. Der var nogen usikkerhed og problematisering af inddeling af palliative forløb i tidlig, sen og terminal fase. Især den tidlige palliative indsats blev problematiseret. Derudover kunne det være svært at identificere palliative patienter i tide, især patienter med non-maligne diagnoser. En sygeplejerske berettede herom: *"Måske er det nemmere at spotte patienter med en cancer diagnose. Vi har også KOL, hjerte patienter og alle mulige andre slags som sagtens kunne siges at være palliative, men der er det bare meget sværere at sige, hvornår vi kalder dem for palliative."*

Omkring det organisatoriske perspektiv blev det tværsektorielle samarbejde fremhævet som et udviklingsområde. Især samarbejdet med de specialiserede palliative tilbud vekslede. Fire afdelinger berettede om et udbygget og tilfredsstillende samarbejde med palliative teams. To afdelinger havde et sporadisk samarbejde og en enkelt afdeling havde ikke et samarbejde med palliative teams, trods ønske herom. Sam-

arbejdet med hospice fyldte lidt i informanternes bevidsthed. Enkelte fremførte, at patienter med non-maligne sygdomme ikke havde første prioritet i forbindelse med visitation til hospiceophold.

5.2.2 En systematisk tilgang øger kvaliteten

De lokale projekter havde på forskellig vis fokus på at forbedre den palliative indsats ved at afprøve systematiske, planlagte interventioner og anvendelse af konkrete redskaber fx kliniske retningslinjer for symptomlindring, redskaber til identifikation af palliative patienter, behovsvurdering, samarbejde og samtaler med patienter og pårørende, handlingsanvisende redskaber eller strukturering af det tværfaglige samarbejde. Der var tale om en systematisk tilgang til klinisk praksis, som bidrog til:

- 1) At skabe rum for patients perspektiv;
- 2) Øget fokus på pårørende; og 3) Højnelse af det faglige niveau for palliation.

At skabe rum for patients perspektiv

Der ser ud til, at patienterne kan profitere af systematisk tilgang til behovsvurde-

ring og formaliserede patientsamtaler. Det bidrog til at skabe rum for patientens perspektiv. En sygeplejerske fortalte om fordelene ved den systematiske tilgang således: *"Det er patientens udsagn, der kommer på bordet. Det er patienten, der skal svare på, hvad han synes, der har været svært for ham. Det er patientens udgangspunkt mere end de spørgsmål, jeg nu må kunne formulere [...] Det er en super god måde at få den enkelte patients fokus frem på."*

For det første banede den systematiske tilgang vejen for en personorienteret tilgang, hvor patienten i højere grad satte dagsordenen for, hvad der var vigtigt og havde betydning. Der kom øget fokus på patienten som person og på de oplevelser og problemstillinger, som havde betydning for patienten. En sygeplejerske fortalte, at hun i højere grad så mennesket end patienten. Redskaberne blev patientens talerør og øjenåbner for personalet, fordi der kom fokus på, hvad der havde betydning for patienten. Patienterne følte sig set, hørt, medinddraget og medbestemmende. Det samme rapporteredes om systematiske forventningssamtaler. En sygeplejerske fortæller herom: *"Jeg tror, de gik herfra med den følelse, at de var blevet hørt og der var nogle, der tog dem seriøst.. med en følelse af at være medinddraget i indlæggelsen. Vi fik lavet nogle specifikke aftaler om, hvordan de ønskede, det skulle foregå under indlæggelsen og hvordan ville de gerne informeres."* Det blev fremhævet, at et samtaleredskab udleveret på forhånd, gav patienten mulighed for at reflektere over sin situation og hvad der var vigtigt.

For det andet fremhævede informanterne, at en systematisk tilgang optimerede (symptom) lindring, idet det ikke var tilfældigt, hvad der blev spurgt om, og hvad samtalen lige kom omkring den dag, og der indgik flere perspektiver end vanlig. Informanterne fortalte, at fysiske symptomer og afklaring af praktiske forhold var vigtige og fyldte meget i indsatsen for patienten. For-

mulering af psykologiske og eksistentielle spørgsmål i de anvendte redskaber bidrog imidlertid til at legalisere og skabe rum for samtaler, som rummede disse dimensioner. Derudover berettedes om bedre muligheder for at gå i dybden med patientens oplevelser, det være sig tidligere oplevelser, her og nu oplevelser og overvejelser om fremtiden, som dukkede op i samtalen og fik tid og plads. En sygeplejerske fortalte, at temaer relateret til døden som fx patientens præferencer for dødssted kunne være et samtaleemne. Det blev udgangspunkt for en fremadrettet planlægning af den palliative indsats baseret på patientens ønsker og behov.

For det tredje så det ud til, at systematiske samtaler kunne bidrage til at udbygge patientens relation til den professionelle. Sygeplejersken blev en særlig sygeplejerske for patienten. Endelig fremhævedes, at strukturering af det tværfaglige samarbejde medførte større kontinuitet og konsistens i den palliative indsats. Patienterne oplevede et mere helt patientforløb, da de mødte faggrupper, som arbejdede mod samme mål. En sygeplejerske udtrykte det således: *"I og med vi får snakket dybere omkring det og der er meget mere, der bliver afdækket end hidtil, har alle faggrupper samme ståsted og arbejder ud fra samme tese. Det giver et mere helt patientforløb."*

Øget fokus på pårørende

To projekter havde specifik fokus på systematisk inddragelse af pårørende, dels i en forventningssamtale ved indlæggelsens start, dels i en udskrivningssamtale. Det gjorde en positiv forskel at inddrage pårørende systematisk, idet tilfældigheden blev minimeret. I forbindelse med forventningssamtalen refereredes om øget medinddragelse af pårørende i indlæggelsesforløbet, herunder aftaler om informationsniveau og muligheden for at blive hørt. Omkring udskrivningssamtalen blev det fremhævet, at den bidrog til at sætte fokus på at hjælpe og støtte den pårørende selv.



Flere informanter berettede om øget fokus på de pårørende i forbindelse med anvendelse af redskaber til systematisk behovsvurdering. Det førte til samtaler mellem professionelle og pårørende om det forventede niveau for lindring af symptomer. En sygeplejerske formulerede det således: *"Pårørende har haft en forventning om, at vi hjælper da bare til patienten er helt symptomfri. De har måske ikke haft den viden, fagpersonalet har, at det måske ikke er muligt at fjerne patientens smerter fuldstændig eller gøre patientens åndenød bedre."*

Højnelse af det faglige niveau for palliation

For de professionelle har den systematiske tilgang medført en højnelse af det faglige niveau. For det første berettedes om faglig læring i form af en øget forståelse af patientens perspektiv og vigtigheden af at inddrage dette perspektiv i indsatsen for patienten frem for et professionelt perspektiv præget af selektion, en vis blindhed og rutinepræget forståelse af patientens situation. En sygeplejerske fortalte om det: *"Man kender dem [patienterne]. Man har haft dem en del gange under flere indlæggelser, så man mener at kunne forstå deres baggrund og den situation, de nu er i. Men ens forståelse af dem*

skulle måske være lidt anderledes i forhold til det, de udfylder."

Informanterne fortalte, at formaliserede samtaler med udgangspunkt i patientens selvrapporterede symptomer har betydet, at patientens oplevelse af situationen kom mere i fokus. Det åbnede op for en øget forståelse af patientens situation, både i forhold til hvilke symptomer, der fyldte mest for patienten, men også hvor meget sygdommen påvirkede patienten. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Det giver en fantastisk god lærdom for én som sygeplejerske at vide, hvordan vi faktisk påvirker hele deres liv. Og det ser vi jo ikke vel. Det er ikke det, vi har fokus på normalvis."*

Flere informanter omtalte screeningsredskaber som et talerør og en øjenåbner for, hvad der var vigtigt for patienten. Der kunne være forskel på det, man som fagperson observerede, og det patienten i virkeligheden oplevede. En sygeplejerske berettede følgende:

Der var flere af min kollegaer, som sagde, at når de lod patienten screene, så var det en øjenåbner. For ét er hvad man som fagpersonale observerer, at her er nogle problematikker, vi skal arbejde med, så kunne patienten faktisk godt komme med nogle højere tal inden for nogle helt andre områder, som man ikke havde set, eller som man ikke havde vurderet lige så højt, som patienten gjorde.

De projekter, som havde fokus på formaliserede samtaler med deltagelse af pårørende, berettede om en øget forståelse og inddragelse af pårørendes perspektiv. En sygeplejerske fortalte: *"Jeg synes, det var rart at få de pårørende med, få deres side af, hvordan de oplever at have en alvorligt syg pårørende på sygehuset, hvilke frustrationer de har og hvad de kæmper med i hverdagen. Vi har selvfølgelig haft samtaler med dem før, men det her er på en helt anden måde."*

For det andet kunne den systematiske tilgang betyde, at en "KAN-opgave" blev til en

"SKAL-opgave". En læge udtrykte det således: *"Det er fremmede for processen at have nogle ting, man skal gøre i bestemte situationer. Der er nogle ting, man skal igennem og som man bliver nødt til at snakke med patienten om."* Informanterne fortalte, at konkrete redskaber medførte et vist handlepres, et krav om at gøre noget, bl.a. fordi patientens symptomer og behov stod som håndgribelige tal sort på hvidt. Det var svært at lukke øjnene for. Man kan ikke se med et halvt øje, som en sygeplejerske udtrykte det: *"Man kan godt gå ind til en [patient] og se med et halvt øje, at der er en tåre i øjenkrogen, men vende om og gå igen, men det kan du ikke, hvis han scorede 10 i angst og uro. Så man får den mere smækket op."*

For det tredje fortalte informanterne, at konkrete redskaber bidrog til at minimere tilfældighed i forhold til, hvad den professionelle spurgte ind til, og der blev åbnet op for et bredere spektrum af temaer og nuancer, og en større helhed blev synlig. Formulering af "svære" temaer (fx eksistentielle spørgsmål) bidrog til at legalisere sådanne samtaleemner. Det fortalte en sygeplejerske om: *"Der er nogen af mine kollegaer, der har sagt, at de har været glade for at have nogle af de der mere eksistentielle spørgsmål med, for det kan godt være lidt svært at gå ind i dem. Det har været mere legalt [med ESAS] at få taget hul på dem."*

For det fjerde skete der en opprioritering af den faglige indsats i forhold til patientens prioritering. En sygeplejerske uddybede det således: *"Hvis patienten scorer 0 på noget, kan man ligesom lægge det på en anden hylde og sige, nu er det dem her vi interesserer os for. Der bliver sorteret lidt i det, og hvad der fylder mest."*

For det femte fortalte informanter, at systematiske redskaber kunne være en støtte og sikkerhed for knap så erfarne sygeplejersker. En sygeplejerske udtalte: *"Jeg synes også, det har været rigtig godt at støtte sig til, for jeg har ikke så meget erfaring*

i forhold til palliation og terminale patienter. På den måde så jeg synes, det er rigtig godt tænkt ind, at man kan få ideer til nogle handlemåder, som man kan bruge og som man ikke selv har tænkt over." Flere informanter fortalte, at anvendelse af systematiske redskaber kunne give struktur og overblik over situationen og i kaos.

For det sjette bidrog systematiske redskaber til at bane vej for (formaliserede) samtaler med patienten. Dagsordenen og rammerne var sat for en samtale med patienten. Sygeplejersken signalerede, at hun havde tid og det betød, at patienten greb chancen og lukkede op for det, der var vigtigt for ham. En sygeplejerske fortalte: *"Det er som om patienten læner sig tilbage og siger, nu har jeg tiden, så der kommer rigtig mange ting på bordet. Nu har vi en, der har sagt, jeg vil lytte til dig nu, så du har frit slag. De sidder ikke tænker, hun skal nok videre. De tør godt at åbne op... de kan komme frem med mange flere ting end den ramme, der bliver lagt op til."*

Afhængigt af det udviklingsområde, der var i fokus i de konkrete projekter og de formaliserede redskaber, der blev taget i brug, førte det til udvikling på særlige områder. Det gælder bedre dokumentation, øget kontinuitet, bedre tværfagligt samarbejde og optimering af fysiske rammer som støt-tefunktion for en palliativ indsats.

Et projekt havde fokus på at anvende et redskab til symptomscreening, et handlingsanvisende redskab og dokumentation i en elektronisk patientjournal. Det projekt bidrog til at forbedre dokumentation af den palliative indsats og gav bedre kontinuitet i plejen.

Et andet projekt havde fokus på at forbedre det tværfaglige samarbejde omkring identificering af palliative patienter ved at sætte struktur på tværfaglige konferencer. Den systematiske ramme omkring konferencerne betød, at konferencerne var forberedte og der blev skabt rum for ro, refleksion og

dialog om patientens situation, som derfor blev behandlet mere dybdegående. Konferencerne bidrog til konsensus om palliative forløb og en bedre fælles tværfaglig forståelse af patientforløb, som udmøntede sig i fælles mål for indsatsen. En sygeplejerske fortalte om udbyttet således: *"En bredere enighed og forståelse tværfagligt for, hvor er patienten, hvordan er patientens situation og hvad er de mest nærliggende planer?"* Fælles tværfaglige mål gav personalet en større ro og sikkerhed i arbejdet med patienterne. En sygeplejerske udtrykte det sådan: *"Jeg gør det måske med en større ro. Jeg har en baggrund, der er med mig nu. Nu ved jeg, hvorfor jeg gør, som jeg gør og forstår det. Hvor jeg før ville gøre det med lidt splittelse, fordi jeg måske så noget helt andet, end mit indtryk var lægegruppen gjorde."* Derudover berettes om en øget bevidsthed om patientens potentielle palliative problemstillinger, som i nogle tilfælde kan betyde, at de afklares inden konferencen. Endelig berettes om konkrete forbedringer i det tværfaglige samarbejdsklima i form af større indbyrdes forståelse mellem faggrupper og gensidig respekt.

Et tredje projekt havde eksplicit fokus på at optimere afsnittets fysiske rammer til at understøtte afsnittets palliative indsats. Der blev indrettet en særlig "palliationsstue", hvor patientens behov for at udfolde livet alene eller sammen med pårørende i højere grad blev tilgodeset. Ifølge informanterne gav det større mulighed for at efterkomme individuelle ønsker og behov hos patienter og pårørende under indlæggelsen i afsnittet. En sygeplejerske fortalte: *"Vi har haft patienter inde på palliationsstuen, som har været rigtig glade for det og hvor pårørende har kunnet være rigtig meget omkring dem. Det har gavnet både patient og pårørende. Der er patienter, som er kommet mere op af sengen og har brugt miljøet inde på stuen."*

5.2.3. Booster for palliation

Informanterne fortalte, at igangsætning af lokale udviklingsprojekter med specifikt fokus på det palliative område bidrog til at skærpe opmærksomheden på palliation på flere områder. En læge udtrykte det således: *"Det har været godt at få projektet i gang, fordi det gav et boost til palliation i afdelingen [...] Det giver lige det der faglige løft... og det bliver noget, man får ekstra lyst til at kaste sig over. Det er da en logisk vej frem, hvis der er et område, man gerne vil løfte eller give ekstra opmærksomhed."*

De lokale udviklingsprojekter førte bl.a. til øget refleksion og diskussion om den palliative målgruppe, identifikation af palliative forløb og relevant palliativ indsats. Der sporede en ændret konceptuel forståelse af den palliative kultur, fx at den palliative målgruppe omfatter andre end cancerpatienter, som en sygeplejerske fortalte: *"Jeg tænker lidt, at det også har givet mulighed for at give et opdrag omkring, at palliation ikke kun er cancerpatienter, men at det faktisk også er andre typer, man kan bruge den tankegang på."* I de afsnit, som havde palliative patienter med ikke-maligne sygdomme, betød det, at specialiserede palliative tilbud i højere grad blev tænkt ind. En sygeplejerske udtrykte det således: *"Nu er det mere normalt at henvise KOL-patienter til palliations-sygeplejersker. Det havde jeg måske ikke rigtig opfattet før."*

Identificering af palliative patientforløb og palliative faser var ligeledes genstand for refleksioner og diskussioner blandt personalet. Faseinddelingen og især den tidlige palliative fase gav anledning til overvejelser og diskussioner om, hvornår et palliativt forløb starter, herunder en kritik af faseinddelingen. Derudover sås tegn på en øget forståelse for, at palliation starter tidligere end den terminale fase, men at det kunne være vanskeligt at identificere patienterne i tide.



5.2.4 Fortsat udviklingsproces

Igangsætning af lokale projekter bidrog i sig selv til udvikling af palliation, men det ser også ud til at projekterne skabte grobund for en fortsat udvikling af palliation. Flere informanter udtalte ønsker og intentioner om at videreføre de udviklingsprojekter i en fortsat udvikling af palliation.

For det første var der ønsker om, at det konkrete projekt blev implementeret som en fast del af den daglige kliniske praksis.

For det andet var der ønske om at udbygge de anvendte redskaber, fordi der blev efterlyst et mere specifikt fokus på særlige temaer, fx patientens tanker om fremtiden. En sygeplejerske sagde:

Jeg kunne godt tænke mig, at der kom noget på omkring tanker om fremtiden [...] Det er et område, de [patienter og pårørende] mange gange får for sent fat om. Lokomotivet kører med alle de her behandlinger og alle de bivirkninger, de får af behandlinger og hvornår er det lige, de får chancen for at stoppe op og reflektere over, er det egentlig er det her liv, jeg gerne vil have eller kunne der måske være andre måder at leve den sidste tid på?

For det tredje har nogle afsnit gjort sig så gode erfaringer med projektet, at de har ønsker om at udvikle redskaberne til andre patientgrupper.

For det fjerde åbnede evaluering af konkrete projekter op for nye behov fx ønsker om kompetenceudvikling. En sygeplejerske



fortalte, at en spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejekollegaer synliggjorde behov for undervisning omkring smerter, de sidste levedøgn/de sidste timer, væske-terapi, samtaler med pårørende og håndtering af følelsesmæssige oplevelser.

For det femte gav det konkrete projekt anledning til at stoppe op og reflektere over organiseringen af den faglige palliative indsats i egen afdeling og formulere nye planer for fremtiden. Det blev især fremhævet af de personer, som var nøglepersoner i palliation i eget afsnit og som indgik i en palliationsgruppe i afdelingen. En nøgleperson udtrykte det således: *"Jeg tror, man skal tænke palliation på ny efter det her projekt [...] Man skal gøre noget for at holde den gruppe [nøglepersongruppe på tværs af afsnit] i live og holde den sparring åben."*

5.3 OPSUMMERING

Medarbejderne identificerede flere forhold, som havde betydning for en optimal gennemførelsesproces. I projektudarbejdelsesfasen var det afgørende for projektets fremdrift, at projektgrupperne havde arbejdsvilkår og ressourcer, der matchede gruppens behov. Der var udfordringer i forhold til begrænsede tidsmæssige ressourcer, men personlig motivation hos projektgruppens medlemmer kombineret med tilstedeværelse og/eller adgang til faglige ressourcer inden for palliation, udvikling og forskning bidrog til fremdrift. Ledelsens rolle i denne fase var først og fremmest at sikre gruppen optimale arbejdsvilkår ved at afsætte den nødvendige tid til projektgruppens arbejde. Medlemmer af de lokale projektgrupper var typisk ildsjæle i palliation, som i et intenst forløb fik et stort ejerskab til projektet. Udfordringen var at gøre "den lille eksklusive gruppes" projekt til et fælles projekt, som projektdeltagere i afsnittet havde medejerskab til.

De lokale projekter, planlagte interventioner og konkrete redskaber blev introduceret til klinisk praksis via forskellige eksterne læringskontekster ved projektopstart. Efter introduktionen havde projektgruppen en forventning om, at projekterne var klar til implementering. Den forventning viste sig ikke at holde stik. I implementeringsfasen var der en række forhold, som virkede fremmede og hæmmende for implementeringsprocessen. Der blev identificeret en række kontekstuelle og personafhængige forhold, som virkede sammen og fik betydning for projektdeltagernes modtagelse af og indstilling til projektet. Nogle projektdeltagere var umiddelbart aktive medspillere, andre havde en mere afventende holdning, som kaldte på mulighed for afklarende dialoger i interne kollegiale læringsrum.

Et forhold der ikke var tilstrækkelig opmærksomhed på eller prioritering af. Ledelsesopbakning, ledelsesopmærksomhed og tidsmæssige ressourcer til at udfylde rollen som implementeringsansvarlige var afgørende for projektets fremdrift. Kontekstuelle forhold som konkurrerende opgaver og forandringskulturen i de enkelte afsnit udgjorde betydelige barrierer for implementeringsfasen.

De lokale udviklingsprojekter bidrog til udvikling af palliation på flere områder. Projektdeltagerne var enige om, at der var behov for udvikling af palliation i eget afsnit. Det var med til at understrege det meningsfulde og praksisnære i projekterne som en personlig drivkraft for projektdeltagerne. Hovedgevinsten var, at den systematiske tilgang til behovsvurdering og formaliserede patientsamtaler bidrog til **at skabe rum for patientens perspektiv**. Det kom til udtryk i en personorienteret tilgang og en mere helhedsorienteret, fremadrettet og konsistent indsats med mulighed for at udbygge relationen til den professionelle. Den systematiske inddragelse af pårørende sikrede medinddragelse af pårørende og gav personalet større forståelse for deres situation. Den systematiske tilgang højnede også det faglige niveau for palliation i de enkelte afsnit. Systematiske redskaber bidrog til øget handlepres, overblik, støtte og struktur og minimering af personafhængig kvalitet. Redskaberne var med til at bane vejen for formaliserede dialoger med patienten og en opprioritering af en faglig indsats baseret på patientens prioriteringer.

Derudover blev der identificeret en række sidegevinster. I temaet **booster for palliation** berettes om bedre symptomlindring, fremadrettede beslutninger, øget refleksion og diskussion om palliation samt en

ændret konceptuel forståelse af palliation, især i forhold til palliative målgrupper og faseinddeling af palliative forløb. I temaet **fortsat udviklingsproces** redegøres for, hvordan lokale udviklingsprojekter skabte grobund for en fortsat udvikling af palliation, dels ved at implementere interventionerne som blivende elementer i klinisk praksis, dels i form af nye tiltag.

6. LEDERPERSPEKTIVER PÅ GENNEMFØRELSESPROCES OG UDVIKLING



I det følgende præsenteres lederne vurdering af gennemførelsesprocessen og de muligheder og barrierer, som har haft betydning for implementering af projektet i den daglige kliniske praksis. Derudover præsenteres lederne vurdering af projektets betydning for udvikling af den palliative indsats i eget afsnit.

6.1 GENNEMFØRELSESPROCES

I det følgende præsenteres lederne vurdering af de forhold, som havde betydning for gennemførelsen af de lokale udviklingsprojekter. Tre temaer beskriver den samlede gennemførelsesproces: 1) **Fra ide til projekt**; 2) **At bære projektet videre til klinisk praksis**; 3) **Implementeringsfasen**.

6.1.1. Fra ide til projekt

Lederne fortalte om deres bevæggrunde for at deltage i projektet. Det blev tillagt stor betydning, at projektet var initieret bottom-up og gav mening i forhold til afsnittets egen vurdering af relevante udviklingsbehov til gavn for deres patienter. Det gav særlig motivation for at lægge energi i projektet og gennemføre det. En leder udtalte det således: *"For mig er det meget positivt, at det er noget, vi laver, at det netop ikke er en skal-opgave, at vi trods alt skaber lidt rum til*

selv at definere noget, vi gerne vil udvikle på."

I modsætning hertil stod top-down initierede SKAL-projekter, som kunne forekomme meningsløse. Det udtalte en leder således: *"Altså, det her er jo kernen i sygeplejen. Men der er noget meningsløshed i noget af det, der kommer via Den Danske Kvalitetsmodel, og så er der et projekt som dette, der træder vældigt frem."*

Lederne fremhævede flere forhold i relation til projektorganisering, arbejdsvilkår og udvælgelse af projektdeltagere, som havde betydning for udarbejdelse af projektet. Det uddybes nedenfor.

Projektorganisering

Lederne fremhævede, at den rette projektorganisering, herunder udpegning af den rette projektleder og projektgruppe var afgørende for gennemførelsen af projektet. Der var vigtigt *"at få samlet de rette folk til den rette opgave"*, som en leder udtrykte det. En leder fremhævede følgende grunde til, at projektet lykkedes så godt:

Det har været kombinationen af, at vi har haft en kvalificeret penneholder, altså at X [klinisk sygeplejespecialist] har siddet for bordenden og så har vi haft nogle nøglepersoner allerede, så vi har ikke peget på tilfældige folk. Vi har haft nogen dedikerede erfarne folk inden for området, som de ressourcer vi har kunnet udnytte. Og så det samarbejde der har været mellem leder og pennefører og nøglepersoner. Den kombination er vigtig, så det bliver forankret i hele organisationen.

En kombination af en projektleder "løsrevet" fra klinisk praksis med særlige kompetencer inden for projektarbejde og en projektgruppe med dedikerede, erfarne klinikere med relevant efteruddannelse vurderes positiv. Lederne fremhævede, at en projektleder, som sidder for bordenden, må være i stand til at opbygge respektfulde relationer og samarbejde med kliniske eksperter i projektgruppen, samarbejde med ledelsen, styre en proces og stimulere motivation og gejst i projektgruppen. I den

situation var det muligt at minimere ledelsesinvolveringen i projektudformningen.

De lokale ledelser organiserede projektudarbejdelsesfasen forskelligt alt efter præferencer og tilgængelige ressourcer. To afdelinger organiserede sig som omtalt ovenfor, og en afdeling organiserede sig med en projektgruppe bestående af en funktionsansvarlig afsnitsleder og en ekstern ekspert i palliation og forskning. De øvrige fire lokale projekter organiserede sig med en klinisk sygeplejerske, typisk nøgleperson i palliation som projektleder. Lederne fortalte, at de sikrede faglig opbakning, hjælp og støtte til projektgruppen, enten ved at påtage sig opgaven selv og/eller ved at tilknytte interne eller eksterne eksperter efter behov.

Arbejdsvilkår for projektgruppen

Uanset organisering af projektgruppen så berettede lederne om, at det var vigtigt at sikre projektgruppen de rette rammer og vilkår for arbejdet. Flere ledere overvejede frikøb af projektleder, men projekterne blev gennemført med de ressourcer, som allerede var tilgængelige i afdelingen. Typisk skulle ledelsen finde tid til møder og projektarbejde for projektgruppens medlemmer. Det foregik mere eller mindre bevidst og ud fra ledelsens prioriteringer og vurderinger set i forhold til den aktuelle kliniske hverdag. En leder, som arbejdede meget bevidst med at skabe de rette rammer for projektgruppen, fortalte: *"Man skal gå helhjertet ind i det. Man må aldrig starte det op og så sige: Det er I selv ansvarlige for. I må prøve at finde tiden til det og det."*

Udvælgelse af projektdeltagere

Lederne gjorde sig overvejelser om, hvilke personer/personalegrupper, der skulle involveres i implementeringen. I nogle afsnit valgte man at lade et begrænset antal fagpersoner (op til fem) deltage i implementeringen. De afsnit meldte dog samstemmende tilbage, at det gjorde implementeringsfasen meget sårbar, især hvis

ikke de udnævnte personer tog opgaven på sig. En leder sagde det således: *"Jeg tror, barrieren også har været, at vi fra starten har lagt op til, at det skulle være nogle bestemte sygeplejersker, der ved siden af nøglepersonerne skulle have ejerskab og være lidt med, i hvert fald fem herfra. Jeg tror egentligt, de fem har meldt sig selv, men de har hele tiden været i afventerposition."*

Alle projekter på nær ét blev gennemført som monofaglige projekter af en sygeplejegruppe og en lægegruppe, som nok var informeret om projektet, men ikke direkte involveret i gennemførelsen. I nogle afsnit var det et bevidst valg ud fra et ønske om at lave sygeplejerevne projekter. Andre vurderede, at tværfaglige projekter var ønskværdige, men på grund af den rådende tværfaglige samarbejdskultur og fordi lægegruppen ikke prioriterede den palliative indsats tilstrækkeligt højt, var tiden ikke moden til tværfaglige projekter. Så frem for at afvente tværfaglige samarbejdspartneres parathed, valgte lederne at satse på monofaglig udvikling. En leder udtrykte det således: *"Det eneste der var sket, det var også som lægesituationen er, at så var vi slet ikke kommet i gang, og derfor har vi valgt at få noget ud af det alligevel."*

Projektorganisering var således en kompleks lederopgave, som måtte håndteres med udgangspunkt i tilgængelige faglige og tidsmæssige ressourcer. Men trods disse udfordringer, så var de nødvendige faglige og tidsmæssige ressourcer til at udarbejde lokale projekter til stede.

6.1.2 At bære projektet videre til klinisk praksis

Næste fase var at introducere projektet for personalet i afdelingen, få dem med på ideen og ruste dem til at gå aktivt ind i gennemførelsen. Selve introduktionen af projektet blev planlagt og gennemført af projektgruppen som tidligere omtalt. Introduktionen havde fokus på den praktiske gennemførelse af projekt, herunder



anvendelse af de konkrete interventionsredskaber, der var udviklet som led i projektet.

Flere ledere fortalte, at personalet efter introduktionen ikke følte sig tilstrækkelig klædt på til at gennemføre projektet. De efterlyste mere information og undervisning i gennemførelse af de konkrete interventioner. Et forhold som nogle ledere forholdt sig kritisk og uforstående overfor. De henviste snarere til personlige forhold ved personalet som utryghed, berøringsangst og mod på udvikling. En leder gav denne forklaring: *"Når de siger, de ikke føler sig godt nok informeret, så er jeg nødt til at tage det for gode varer, som den ene del af det og som den anden del, så ligger min holdning i det, man kan kalde berøringsangst. [...] Det bliver nemt at undskylde sig med, at jeg nåede det ikke lige og vi har også for travlt og sådan noget. Det bliver sådan pakket ind i drift."*

Andre ledere fortalte, at introduktion og undervisning var tilstrækkelig, men efterlyste større fokus på introduktion til projek-

tets overordnede ide og mål. En leder sagde det sådan: *"Hvis du tænker ud fra en basis-sygeplejerskes øjne, så tror jeg måske, der godt kunne have manglet lidt omkring formen for de her konferencer og målet med det."*

Lederne berettede således om forskellige reaktioner og holdninger i personalegruppen til, om introduktionen var et tilstrækkeligt godt afsæt for at gå aktivt ind i at gennemføre de planlagte interventioner. Om end der var tale om reaktioner og holdninger, som lederne først blev bevidste om i forløbet, så vurderede flere ledere, at den gennemførte introduktion burde være tilstrækkelig. De havde derfor ikke sat ressourcer ind på at ændre det. Andre ledere så introduktionen som et afsæt for implementering af projektet ledsaget af læring i klinisk praksis.

6.1.3. Implementeringsfasen

I implementeringsfasen var der forhold, som sikrede fremdrift og udgjorde barrierer. Disse forhold uddybes med udgangspunkt i temaerne: **Patientgrundlag, tidsmæssige**

ressourcer, personaleindstilling, ledelsesinvolvering, de implementeringsansvarlige og forandringskultur.

Patientgrundlag

Samtlige projekter havde fokus på at implementere interventioner rettet mod særlige målgrupper af patienter og/eller pårørende. Implementering af projekterne forudsatte, at de rette patienter var til stede i afsnittet, at personalet var opmærksomme på at inkludere potentielle deltagere, og at patienterne rent faktisk ønskede at deltage. Lederne berettede om barrierer på de nævnte områder. I nogle situationer *"har patienterne bare ikke været der"*, eller de var *"for dårlige"* til at deltage. I andre situationer var personalet ikke tilstrækkelig opmærksomme på potentielle kandidater. Endelig berettedes om usikkerhed omkring den palliative målgruppe og en tilbageholdenhed overfor at inkludere patienter for tidligt i sygdomsforløbet. Det uddybede en leder således: *"Nogen syntes simpelthen, at patienterne skulle være meget dårlige, før de satte det i værk og det har jeg nogen gange snakket med dem om: 'Skal vi ikke prøve projektet af på denne her patient?' - Nej for så dårlig er han ikke. - Jamen han har jo alle symptomerne... men nej... det har været barrieren for personalet."*

Der berettedes desuden om udfordringer i forbindelse med selve inklusionsprocessen, om man havde valgt de rette inklusionskriterier, og hvordan man spurgte patienterne om deltagelse i projektet. Endelig var der patienter, der ikke ønskede at deltage. Det medførte vekslende kontinuitet i afprøvning af de valgte interventioner og udfordringer med at holde processen "i kog."

Tidsmæssige ressourcer

Mangel på de nødvendige tidsmæssige ressourcer og en mængde SKAL-opgaver betød, at travlhed var en barriere i en del afsnit i implementeringsfasen. En leder fortalte: *"Projekter, der kommer ved siden af alle de SKAL-projekter, de kommer somme tider til at leve sådan lidt et forhutlet liv."* Travlhed betød

desuden, at det var svært at holde fokus på projektet. Projektet forsvandt simpelthen i mængden af opgaver. En leder udtrykte det sådan: *"Jeg tror, de [personalet] har oplevet barrierer i forhold til travlhed, som har gjort det rigtig svært at holde fokus på projektet. Det giver dem udfordringer, fordi de vil det jo rent faktisk. [...] Det jeg umiddelbart hører er, at de føler at det er svært at have i tankerne, når der er mange andre ting at have i hovedet."*

I andre situationer tøvede personalet med at inkludere patienter, fordi de ikke havde den fornødne tid til at følge op. Det udtalte en informant således: *"Travlheden har betydet, at man nok lige overvejer en ekstra gang, inden man udleverer materialet, om der er tid til at følge op på det."*

I andre afsnit var mangel på tid ikke en barriere i gennemførelsesfasen. Det gjorde sig gældende i afsnit, hvor ledelsen havde sikret, at den nødvendige tid var til stede, enten ved at nedprioritere andre opgaver, flytte opgaver, eller fordi hverdagen rummede perioder med minde travlhed. En leder fortalte, at det efter hendes mening handler mere om kultur end om tid. Tiden blev et mindre problem i pågældendes afsnit, fordi personalet var indstillet på at yde en ekstra indsats, når nogen skulle have tid til at lave projekter. På spørgsmålet om de generelt havde plads til udvikling i hverdagen, var svaret: *"Buen er ikke spændt hårdt hele tiden. Det er den ikke, men det er heller ikke sådan, at vi er overbemandede, overhovedet ikke."*

Personaleindstilling

I implementeringsfasen spillede personalets indstilling til projektet en afgørende rolle. Nogle havde en *afventende holdning*, som var en barriere for implementeringen, andre *sprang ud i* det umiddelbart og bidrog aktivt til projektets fremdrift.

Den *afventende holdning* kunne henføres til flere forhold. Flere ledere henviste til det personlige plan hos den enkelte med-

arbejder og anførte berøringsangst som en vigtig faktor. Berøringsangst kunne skyldes, at personalet ikke følte sig rustet til at gennemføre de planlagte interventioner. De manglede viden, var usikre på egen formåen og havde brug for yderligere guidning, før de havde mod på at springe ud i det. De afventede, at andre tog initiativ til at sætte dem i gang. Den afventende holdning kunne også skyldes begrænset faglig motivation og engagement i projektet og konkurrence fra andre projekter. En informant brugte udtrykket *"at personalet brænder forskelligt"* og fortalte videre: *"Vi har jo mange forskellige områder, hvor man hele tiden skal udvikle. Vi har jo ikke kun palliative patienter"*. Endelig kunne den afventende holdning henføres til personalets indstilling til forandring generelt, eller som flere udtrykte det, hvad der karakteriserer indstillingen til forandring i grundkernen af personale i de enkelte afsnit. Lederne mente, at både kultur og anciennitet var med til at forme grundkernens indstilling. To informanter udtrykte det således: *"Vi har jo en personalegruppe, som har været her i nærmest 20 år og de er nok på en anden måde vant til at blive sat i gang, hvorimod der på afdeling X er yngre kræfter."* - *"Der skal være en lidt større gruppe, der tror på det, så flytter det sig."*

På samme vis kunne den aktive springen ud i det henføres til flere forhold, typisk med modsatrettede fortegn. På det personlige plan opfattede det enkelte personalemedlem den nye intervention som tilpas fremmed eller genkendelig til, at de havde tro på egne evner og mod på at gå aktivt ind og afprøve interventionen og løbe risikoen for, at det mislykkedes. En leder udtrykte det således: *De [personalet] tænker, jamen det er jo ikke anderledes spørgsmål, end dem jeg svarer på normalt. [...] De har turdet, fordi de har tænkt, at det kan ikke gå værre end galt."*

Derudover fremhævedes en personlig indstilling præget af nysgerrighed, overskud,



mod og tryghed kombineret med det rette læringsmiljø og konsensus i afsnittet om at gå udviklingsvejen. Det blev underbygget med følgende citat, hvor en leder forklarer, hvorfor projektet lykkedes: *"Jamen, jeg tror ordet nysgerrighed og så at de stræber efter at gøre det bedre, at de gerne vil gå ud ad udviklingsvejen, at de har overskud og mod til det, men også at der er tryghed, at der er et læringsmiljø, som man kan rumme det i."*

Faglig motivation og engagement i personalegruppen var også med til at sikre projektets fremdrift. Motivation og engagement næredes både af en "brænden" for palliation som fag, af projektet som ide og en tro på, at det var til gavn for patienterne. Motivationen kunne være meget svingende i forløbet. Succesoplevelser og læring var forhold, som nærede motivationen. Det fremgår af flg. citat: *"Jeg synes, at jo flere gange vi har gjort det og jo bedre vi bliver til at få snakket om al den læring, der kommer ud af det, jo mere synes jeg at motivationen stiger."*

Endelig kunne den aktive spingen ud i det henføres til, at personalets indstilling til forandring generelt var præget af åbenhed. Også her fremførtes både anciennitet og kultur som vigtige forhold. I et afsnit med en grundkerne af personale bestående af yngre kræfter, var der en anden indstilling til forandring. De yngre kræfter opfattede projektet som en SKAL-opgave og kastede sig ud i det uden yderligere guidning. Det blev uddybet i en dialog med en leder: *"Jeg*

tror ikke, de [unge spl.] vurderer projektet, inden de går i gang. De er lidt autoritetstro på den måde, at de tænker, jamen det her er en SKAL-opgave, så lad os da prøve at se, om ikke det er til gavn for patienten. Det gør de uden at tænke en helt masse tanker, tror jeg på."

Ledelsesinvolvering

Ledelsens involvering i implementeringsfasen var forskellig. Der blev identificeret to typiske tilgange: **Ledelsesinvolvering på sidelinjen og ledelsesinvolvering via fanebærere.**

Ledelsesinvolvering på sidelinjen er kendetegnet ved, at lederen havde hovedfokus både på den samlede personalegruppe, de implementeringsansvarlige og implementeringens forløb. En leder sagde det sådan: *"Min rolle er meget at være den, der spørger til, hvordan det går og har I husket og har I tænkt på og have det overordnede blik for, hvad med den patient, kunne det være aktuelt? Så det er på det overordnede plan."* Tilgangen kan betegnes overordnet, indirekte og understøttende. Lederen forsøgte på forskellig vis at skabe opmærksomhed om projektet i personalegruppen. De mindede personalet om projektets eksistens og om at inkludere patienter ved at sige "husk nu". I nogle situationer gik lederen i dialog med personalet om inklusion af (konkrete) patienter. En leder udtrykte det således: *"Jeg har prøvet at være tovholder for at få nogle flere [patienter] med og også prøvet med eksempler, for jeg kan jo spotte dem ligeså godt, som dem [personale], der går her."* Nogle forsøgte at motivere personalet ved at udtrykke anerkendelse for aktiv deltagelse.

Lederne havde kun i begrænset omfang direkte fokus på intern læring i forhold til personalet, så de turde springe ud i at afprøve planlagte interventioner. En leder anerkendte betydningen af intern læring rettet mod den enkelte, men mente at manglende tid var en barriere herfor. Andre ledere var mere skeptiske overfor behovet for intern læring: *"Vi kan jo blive ved med læ-*

ring og læring og læring. Nogle gange må man bare hoppe ud i det. [...] Hvis du spørger dem [personalet], så vil de sige: Vi har ikke fået nok orientering. Vi har ikke fået nok læring. Vi er ikke blevet fulgt nok. Vi skulle have haft meget mere tid med M [projektleder]."

Udover at skabe opmærksomhed om projektet på et overordnet plan, så var lederne især optaget af at skabe rammer for de implementeringsansvarliges mødevirksomhed og vise interesse for projektet. Det formulerede en leder sådan: *"Jeg har været nysgerrig og spurgt til: Hvor langt er I? Hvad sker der med det og hvor ligger udfordringerne lige nu? [...] Det er min opgave at være understøttende og stille nysgerrige spørgsmål til U [projektleder], inden hun går til møderne med de andre [projektledere]."*

Ledelsesinvolvering via fanebærere er en tilgang kendetegnet ved konkret lederinvolvering rettet mod at hjælpe og støtte de implementeringsansvarlige og knytte projektet ind i dagligdagen. For det første lagde lederen vægt på, at de implementeringsansvarlige havde et tydeligt ejerskab til projektet. De havde hovedansvar for at gennemføre projektet og var synlige som sådan i personalegruppen. Det fremgik af flg. citat:

Der er også tydeligt ejerskab. De to piger [implementeringsansvarlige] har fået lov til at have det ejerskab. De er også blevet anerkendt for, at de har gjort et kæmpe stykke arbejde og det er dem, der står for det og det er dem, man spørger om nogle ting [...] Det der med at tage ansvar og være synlige, det har også motiveret dem. Det gør, at de har ejerskab af det, helt vildt. Det er deres hjertebarn.

For det andet lagde lederen vægt på at motivere de implementeringsansvarlige ud fra den forståelse, at ejerskab, ansvar og anerkendelse var motiverende faktorer. Derudover blev der lagt vægt på, at lederen viste sin egen begejstring og vilje til prioritering af projektet.

For det tredje blev der lagt vægt på at skabe optimale rammer og ressourcer for de implementeringsansvarlige. En leder formulerede det således: *"Man skal virkelig lave rammer til dem [implementeringsansvarlige], så de ikke bliver frustrerede. De kom og bad om noget ekstra tid. Det fik de, for det er for kostbart at sige: Nej det kan I ikke få, nu er I kommet så langt. Det duer ikke at gøre noget halvhjertet, så er det hele spildt."*

For det fjerde fungerede lederen som sparingspartner for de implementeringsansvarlige, både på opfordring og i en opsøgende indsats og det både på det personlige og faglige plan. Formålet var dels at støtte de implementeringsansvarlige i processen, men også at implementere det nye i det eksisterende. En leder udtalte i den forbindelse:

Jeg sparrer også en del med dem. Det der med at få det ind i helheden: Hvor skal det ligge rent praktisk, hvad gør at det giver overblik? [...] Man skal gå helhjertet ind. Man må aldrig starte det op og så sige: Det er I selv ansvarlige for [...] Jeg har været meget lyttende til dem og jeg har også haft dem henne at snakke en og en om, hvordan de arbejdede, om der havde været frustrationer og hvorhenne det breder sig. Komme med idéer til dem.

For det femte påtog lederen sig at være rollemodel i personalegruppen ved at vise sin begejstring for projektet, tale om projektet og tydeliggøre prioriteringen af det. Den rolle kan ses som en anden måde at skabe opmærksomhed om projektet end nævnt ovenfor omkring ledelses involvering på sidelinjen. Lederen påtog sig en indirekte rolle som opmærksomhedsskaber, fordi personalegruppen var engageret i forandring. Det var ikke nødvendigt at sige *"Husk nu det og det'". Det kommer helt af sig selv"*, som en leder udtrykte det.

De implementeringsansvarlige

Lederne pegede på forhold omkring de implementeringsansvarlige, som både havde betydning for projektets fremdrift og udgjort en barriere, når de ikke var til stede.

For det første fremhævedes, at de implementeringsansvarliges faglige og personlige kompetencer havde betydning for fremdriften. Det var vigtigt at udvælge de(n) rette person(er) til at løse opgaven. En leder formulerede den opgave, de implementeringsansvarlige stod overfor således: *"De skal både kunne tænke det ind og drive det ind."* Derfor var det vigtigt, at de havde erfaring og viden inden for palliation suppleret med kompetencer omkring implementering, fx kompetencer indenfor kvalitetssikring og organisatorisk tænkning. En leder formulerede det således:

Det har jo været vældig kompetente og erfarne sygeplejersker. Dels mange års erfaring inden for det palliative område. En af dem har uddannet sig i det palliative team, men de andre har mange års praksiserfaring og har interesseret sig for det. Og så har de to andre jo en halv diplomuddannelse og det betyder også, at de er kvalificeret på andre punkter inden for kvalitetssikring og organisatorisk tænkning.

Derudover fremhævedes personlige kompetencer i "at sælge ideen" og "komme ud over rampen".

Sikkerhed, tro på sig selv, motivation som smittende adfærd og at leve med ansvar blev fremhævet som betydningsfulde i modsætning til manglende tro på egne evner, usikkerhed, modløshed og tilbageholdenhed overfor kollegaer og tyngende ansvar, som kunne være en barriere.

For det andet blev de implementeringsansvarliges daglige tilstedeværelse fremhævet som en vigtig faktor for fremdriften. Den daglige tilstedeværelse skulle sikre kontinuerlig fokus og opmærksomhed omkring projektet. Det var ikke tænkt ind i alle projekter, eller det har ikke været muligt af ressourcemæssige grunde.

For det tredje fremhævedes mere tid til de implementeringsansvarlige i hverdagen med mulighed for dialog og intern læring i forhold til kollegaer. En leder formulerede den opgave således:

Jeg kunne have ønsket mig frikøb eller på en eller anden måde mulighed for, at der var nogen, der havde mere tid til at være tovholder og hele tiden være med til at gøre det nemt for dem, der synes det er svært. For det er det. Når man først har lært det, så tager det ikke så lang tid. [...] og det at en novice og en næsten ekspert kunne gå ind sammen og lave symptomscreeningen og sætte plejetiltag i gang, det ville have givet rigtig meget.

Det fremførtes fra flere ledere, at de implementeringsansvarlige ikke havde optimale rammer til at løse den opgave. Travlhed og konkurrerende faktorer i en presset klinisk hverdag blev anført, som årsager hertil.

Forandringskultur

Ifølge informanterne påvirkede forandringskulturen i de enkelte afsnit implementeringsprocessen. Forandringskulturen i afsnittene var præget af to vilkår: Krav om effektiv drift og konstante top-downstyrede strukturelle forandringer eller projekter som patienttilfredshedsundersøgelser og implementering af diverse screeningsredskaber. Projektideen og dets fokus på at udvikle afsnittets palliative indsats bidrog i sig selv til projekternes fremdrift. Ja, i mange tilfælde var det meningsfulde, afsnitsdrevne udviklingsprojekt den benzin, som sikrede projektets fremdrift trods barrierer.

Lederne fremhævede personalet som vigtige kulturbærere og som nævnt foran havde det betydning, hvad der karakteriserede grundkernen af personale i forhold til forandring og anciennitet. Men også ledelsens tilgang til forandring havde betydning. Ledelsen havde typisk et ønske om at iværksætte relevante kliniske udviklingsprojekter initieret af de enkelte afsnit. Både fordi det kom afsnittets patienter til gode, men også fordi det var meningsfuldt for personalet og gav arbejdsglæde. Der blev identificeret tre typiske ledertilgange til forandring. To tilgange som var kendetegnet ved udvikling på trods og en tilgang kendetegnet ved udvikling som bevidst strategi.

Den første tilgang kaldes **ønske om forandring** og er kendetegnet ved, at ledelsen havde et ønske om, at den form for udvikling blev en del af hverdagen. Men forandringskulturen i afsnittet udgjorde en barriere for gennemførelsen. Projektet lykkedes ikke fuldt ud, men de eksisterende ressourcer i afsnittet blev sat ind i forsøget på at skabe succes. En leder uddybede det: *"Det handler om, at udvikling bliver en del af en travl hverdag, at det bliver integreret på en anden måde, at det er noget, man får lyst til sideløbende med, at man ikke altid overvejer om det passer ind, for så kan det aldrig lade sig gøre."*

Den anden tilgang, som kaldes **halvhjertet forandring**, er udtryk for, at lederen så en potentiel udviklingsmulighed i projektet, velvidende at hverken leder eller medarbejdere kunne gå 100 % ind i opgaven, fordi der var SKAL-opgaver (strukturelle forandringer eller drift), som krævede ressourcer, og som havde højere prioritet. Indstillingen var, at det trods alt er bedre at skabe nogen udvikling frem for ingen! En leder formulerede det således:

Det er vigtigt for mig, når der kommer nogle projekter, at vi går ind og vurderer, kunne det her være noget, som vi kan få noget ud af. Og hvis vi kan se det, så skal vi til enhver tid springe til [...] Vi bliver dygtigere og for hvert lille skridt vi tager i den retning, jo sjovere bliver det at gå på arbejde. Så hver eneste gang vi kan se vores snit til det, så siger vi ja, vel vidende at vi ikke kan være 100 procent på det. Men kan vi løfte lidt hele tiden, så er det den vej vi skal.

Den tredje tilgang, som benævnes **helhjertet forandring**, er forandring som bevidst og målrettet strategi. Lederen så forandring som en del af hverdagen og arbejdede bevidst med at skabe en forandringskultur som grundlag herfor. Der var en grundkerne af personale præget af fagpersoner, som brændte for faget, som var nysgerrige, fleksible, omstillingsparate og ville være de bedste. En leder berettede: *"Vi er enormt implementeringsparate og fleksible. Og vi har*

jo en historie bag os, hvor vi har et meget, meget bredt speciale. Og de sygeplejersker der er herinde, det er nogen der kan lide det og kan magte det. Og man ved klart, når man kommer herind, at det er sådan det er.”

Lederen arbejdede bevidst med styring af forandringer og sikrede sig, at de nødvendige ressourcer var til stede og at personalet magtede at gennemføre de forandringer, som blev sat i gang. Derudover arbejdede lederen bevidst med at skabe et udviklende læringsmiljø, som gav personalet den tryghed, det krævede at kaste sig ud i forandringer. Lederen uddybede det således:

Der har været et meget fokuseret læringsmiljø lige fra start af, for man kan ikke lave om, strukturere noget anderledes og sætte folk på udebane, hvis ikke de er trygge ved at spørge hinanden og lære af hinanden. Så det har vi kørt sideløbende med trivsel og læringsmiljø. De har lavet deres egen læringsprofil hver især, så de ved også godt, om de lærer i segmenter eller i helheder eller om de skal se, høre og røre eller hvordan.

6.2 UDVIKLING AF DEN PALLIATIVE INDSATS I HOSPITALSREGI

I det følgende præsenteres lederens vurdering af projekternes bidrag til udvikling af den palliative indsats. Der præsenteres fire temaer: 1) Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats; 2) En systematisk tilgang øger kvaliteten; 3) Booster for palliation; 4) Fortsat udviklingsproces.

6.2.1 Behov for udvikling af afsnittets palliative indsats

Lederne fremførte alle et ønske om og behov for at sætte fokus på det palliative område i eget afsnit. Det fremgik af interviewene, at afsnittene var på forskellige niveauer i forhold til udvikling af palliation. Onkologiske, hæmatologiske og kirurgiske afdelinger, som ydede en palliativ indsats i forhold til cancer patienter, havde typisk haft fokus på udvikling af den palliative indsats i længere tid, hvorimod medicin-

ske afdelinger, som modtog patienter med hjertesvigt, KOL, andre medicinske diagnoser og cancer patienter berettede om større udviklingsbehov. Lederne pegede på et eller flere udviklingsområder i relation til indsatsen for patienter og pårørende, den professionelle indsats og organisatoriske forhold. I relation til patientperspektivet fremhævedes især behov for en bedre og mere helhedsorienteret symptomlindring, øget medinddragelse af patienten med fokus på patientens oplevelser og erfaringer og samtaler om et palliativt behandlingssigte. Det sidste formulerede en leder således: *”Det er et stort problem, at vi stadigvæk har alt for mange patienter liggende, som ikke er afklaret, som ikke er vidende om, at de enten er i den palliative del af deres liv eller faktisk er ved at være på vej væk.”*

Lungemedicinske afsnit berettede om et stort behov for at minimere genindlæggelser, så patienten kunne forblive i eget hjem med støtte fra primær sundhedssektor. Hyppige infektioner ledsaget af angst, åndenød og utryghed betød, at KOL-patienterne havde hyppige genindlæggelser. I relation til pårørende fremhævedes behov for bedre forståelse af de pårørendes situation, øget fokus på at inddrage dem i forløbet og støtte dem i forhold til deres behov.

For så vidt angik den professionelle indsats blev der fremhævet flere udviklingsområder. Der var behov for bedre (helhedsorienteret) symptomlindring, herunder uddannelse af personalegruppen og formulering af kvalitetsstandarder for at øge kvaliteten for alle patienter og gøre kvaliteten mindre personafhængig. Derudover fremhævedes øget fokus på den konceptuelle forståelse (eller snarere misforståelse) af den palliative kultur. Den palliative indsats blev fortsat opfattet som identisk med terminal pleje. En leder fra en medicinsk afdeling udtalte i den forbindelse: *”Vi har ikke tænkt den palliative patient som andet end en der snart skal dø.”* Der var desuden behov for en udvi-

delse af den palliative målgruppe, tidligere identificering af de palliative patienter og et opgør med, at den palliative indsats er forbeholdt cancer patienter og indsættes sent i forløbet. Den rådende palliative kultur betød manglende anerkendelse og prioritering af palliation til patienter med hjertesvigt, KOL og andre medicinske diagnoser. Nogle medicinske afsnit oplevede, at deres afdelinger havde lavstatus sammenlignet med kræftafdelinger og hjerteafdelinger. Det udmøntede sig bl.a. i en lavere normering og mindre bevågenhed ude fra.

De fleste ledere fremhævede tværfaglighed som et udviklingsområde. På det område var de deltagende afsnit forskellige steder. Tværfagligheden blev især omtalt i forhold til læge- og sygeplejegruppen, og om end der berettedes om behov for øget fokus på det felt, så havde de fleste projekter et monofagligt fokus (sygeplejefokus). En leder fra en afdeling, som prioriterede et tværfagligt projekt, formulerede det således:

Jeg synes, tværfagligheden bliver nødt til at være der, ellers er det omsonst. Sygeplejerskerne synes nogle gange, at de ser mere realistisk på patienten, end vi [læger] gør og det kan de måske have ret i... men jeg ser det fra den anden side. Hvis vi hver gang, vi så en patient og stillede en diagnose og kunne se at patienten formentlig ikke har ret mange år at leve i, bare gav op fra diagnosetidspunktet, så havde patienten ikke meget at holde sig til. Så jeg tror, at læger bliver nødt til at indbygge en eller anden form for optimisme: 'Nu må vi prøve noget, og vi må prøve noget mere for at se om du kan få det bedre, og om vi måske endda kan få dig rask i nogle tilfælde'. Hvor sygeplejerskerne i nogle tilfælde siger: 'Jamen den her patient har det bare så dårligt, og skal vi dog virkelig blive ved?'. Den ulighed er der og den tror jeg altid vil være der [...] Så derfor er det meget, meget vigtigt med tværfagligheden. Selvom vi er forskellige, at vi dog trods alt kan prøve at afstemme os så meget som muligt i forhold til hinanden.

Der blev udtrykt behov for interne og eksterne organisatoriske ændringer. Interne

ændringer kunne dreje sig om organisering af sygeplejen til den palliative målgruppe, fx organisering af sygeplejen til hjertesvigt patienter. Eksterne ændringer handlede om lige adgang til specialiserede palliative tilbud, det være sig palliative teams og palliative senge, hvor flere ledere fremhævede ulighed i adgang. Derudover blev overgange og samarbejde mellem sektorer fremhævet som et udviklingsområde. Der blev efterlyst bedre patientforløb på tværs af sektorer og bedre lindring i primær sundhedssektor, så patienterne undgik utilsigtede og unødige indlæggelser. Det sidste gjaldt især patienter med KOL og hjertesvigt, men også kræftpatienter.

6.2.2 En systematisk tilgang øger kvaliteten

I det følgende præsenteres ledernes vurdering af de lokale udviklingsprojekters bidrag til udvikling af afsnittes palliative indsats. Projekterne bidrog til at skabe opmærksomhed omkring palliation. En leder udtrykte det således: *"Projekter er altid gode til at få noget i gang og få fokus på et område."* Ifølge lederne medvirkede projekternes systematiske tilgang til at udvikle den palliative indsats for patienter og pårørende og øge kvaliteten i den professionelle indsats. Det uddybes i temaerne: 1) Inddragelse af patientens perspektiv; 2) Aktiv inddragelse af pårørende; 3) Øget kvalitet i den palliative indsats.

Inddragelse af patientens perspektiv

Projekterne medvirkede til at skærpe opmærksomheden på patientens forventninger og deres oplevelse af situationen. Screeningsredskaber og oplæg til konferencer har bidraget til at "tvinge" patientens perspektiv på banen. En leder udtalte det således: *"Jeg synes, der er blevet meget mere fokus på mennesket, på patienten, på hvordan hun har det. For pludselig snakker vi meget mere om det følelsesmæssige, hvad patienten rent faktisk har sagt i stedet for, hvad vi tror, de tror."*



Flere ledere fortalte, at symptomlindringen var forbedret, dels via medinddragelse af patientens perspektiv, dels ved en mere helhedsorienteret tilgang. Inddragelse af patienten i symptomscreening gav patienten mulighed for at fortælle, hvad der var vigtig for ham. En leder sagde det sådan: *"Patienten får mulighed for at ytre sig ordentlig i forhold til screening og så finder vi ud af, jamen det er jo slet ikke smerter, der er problemet her."* Screeningsredskaber bidrog til at synliggøre, at symptomlindring er andet og mere end smertebehandling. Der var tilsyneladende stort fokus på smertebehandling i palliation, ikke mindst fordi DDKM lægger op til, at der skal være en plan for smertebehandling og en vurdering af effekten. En leder udtalte det således:

Jamen, smerter, smerter, smerter... og den danske kvalitetsmodel, ... smerter, smerter, smerter og får vi nu scoret smerter og får vi lavet en plan for smerter? Det er det, man bliver målt på. Det er de to ting, der står i den danske del og det var det, sygehuset blev "punktet" med, hele sygehuset. [...] Smerter bliver jo med dette her redskab [screeningsredskab] sat ind i en større kontekst.

En mere helhedsorienteret tilgang kom til udtryk i øget fokus på psykosociale forhold. En leder berettede:

Den store vinder i det her er, at der er kommet meget mere fokus på psykosociale forhold. Man skal, som den der fremlægger patienten [på konference], have været ude at snakke med patienten inden om: Hvad er dine ønsker? Hvad tænker du? Det synes jeg er en klar kvalificering af det arbejde, vi gør her og som er smadder vigtigt. Det er med til at kvalificere diskussionerne, at vi kan sige: Jamen jeg har faktisk fået snakket med patienten og han siger sådan og sådan. I forhold til patienternes psykosociale problemstillinger og deres ønsker for fremtiden, er det blevet meget mere tydeligt og har en større vægt ind i diskussionerne af: Hvad gør vi med behandling?

Den helhedsorienterede tilgang kunne styrkes yderligere ved at udbygge det tværfaglige samarbejde og en flerfaglig indsats, som det skete i et af de lokale projekter.

Aktiv inddragelse af pårørende

Ifølge lederne foregik inddragelse af patientens pårørende hidtil ikke rutinemæssig. Det bar præg af tilfældighed, ikke mindst fordi de fysiske rammer i hospitalsafdelinger kunne begrænse de pårørendes muligheder for at være hos patienten. En leder berettede: *"De [pårørende] er jo en meget, meget vigtig faktor at få med... at det ikke bare er patienten selv vi informerer, og så må han eller hun informere videre [...] Det er jo sådan med pårørende, at vi har jo nogle besøgstider. Det bliver vi nødt til at have, fordi vi har firesengsstuer."*

To afsnit igangsatte projekter, som havde fokus på aktiv og systematisk inddragelse af pårørende, dels via formaliserede forventningssamtaler og udskrivningssamtaler, dels ved at indrette en palliationsstue, hvor de pårørende kunne være hos patienten døgnet rundt.

Øget kvalitet i den palliative indsats

Omkring den professionelle indsats berettede lederne om afsmittende effekt på flere

områder. For det første fortalte flere ledere om kompetenceudvikling. Der kunne ses en personlig og faglig udvikling især hos det personale, som gik aktivt ind i implementeringsprocessen, hos yngre og mindre erfarne og ikke mindst hos dem, som havde hovedansvar for at implementere projekterne. Den personlige udvikling blev relateret til projektideen som sådan, at personalet fik mulighed for via en målrettet indsats at udvikle et bestemt område og se, at det rent faktisk var muligt. Det førte til refleksion og kritisk stillingtagen til afdelingens faglige indsats, og om der var områder, hvor indsatsen kunne forbedres. En leder udtalte:

Deres iver efter at gøre det bedre hele tiden og se anderledes på tingene og fordybe sig. Det synes jeg, jeg kan se tydeligt... at der er mere af det, at det er der, fokus er drejet over. [...] Jeg synes også, de er blevet mere kritiske. Er det her så også det bedste, vi kan gøre? Og tage det op med lægerne og ikke altid være tilfredse med, hvad det er vendt ved en stuegang, men altså hele tiden tænke ud af boksen. Det synes jeg, at jeg kan fornemme.

Derudover berettede lederne om den arbejdsglæde, tilfredsstillelse og anerkendelse, der var forbundet med at udvikle et fagligt felt, både for de implementeringsansvarlige og projektdeltagerne. Rationalet var, at udviklingsmuligheder på jobbet gav arbejdsglæde i hverdagen. En leder udtrykte det således: *"Selvom vi synes: 'åh nu skal vi også det-agtigt', så er det jo det, der i den sidste ende giver arbejdsglæde, for vi bliver bedre, vi bliver dygtigere og for hvert lille skridt vi tager i den retning, jo sjovere bliver det at gå på arbejde."*

Der blev også berettet om kompetenceudvikling og øget faglig kvalitet i relation til palliation, især i forhold til den kerne af plejepersonale, som tog projektet til sig. En leder uddybede det:

Der er en kerne, som særlig har taget projektet til sig, eller særligt taget den palliative sygepleje til sig, som er blevet meget bedre og meget dygtigere, end de var før [...] Det er selvfølgelig dem, vi har som palliationsnøglepersoner i forvejen og så har der været nogen derudover, som også har en særlig interesse for den type patienter [...] og så er der også nogen, der har fundet en særlig interesse for feltet. Når man får undervisning og pludselig bliver gjort opmærksom på noget og opdager, jamen det her, det kan jeg også, så giver det jo et klart løft, både for plejegruppen i forhold til arbejdsglæden og til den faglige stolthed, men så sandelig også i forhold til kvaliteten af plejen.

For det andet berettedes om projekternes bidrag til kvalitetssikring af den palliative indsats. Forskellen på den hidtidige kliniske praksis og gennemførelse af et projekt med fastlagte interventioner og handlingsredskaber var systematikken i indsatsen. Der var tale om en strukturering af afsnittets palliative indsats, som udover at "tvinge" patientens perspektiv på banen, bidrog til kompetenceudvikling, kvalitetssikring og en højnelse af kvaliteten af den samlede palliative indsats. Kompetenceudvikling og læring var mest markant hos mindre erfarne personale, som fandt støtte i konkrete redskaber og handleanvisninger, som både sikrede, at de kom hele vejen rundt, men også at de fik øjnene op for nye dimensioner. En leder fortalte, hvilken betydning anvendelse af konkrete redskaber kunne have: *"En af vores unge, meget dygtige sygeplejersker sagde tidligt i dette her: 'Hold da op, sikke en læring for mig som ung sygeplejerske. Opmærksomheden på de her symptomer' [...] Som hun også sagde til mig: 'Jamen jeg ville jo ikke have tænkt på alle de her forskellige symptomer ved en palliativ patient, det ville jeg ikke.'"*

Strukturering af indsatsen bidrog også til kvalitetssikring af indsatsen. Redskaberne definerede et kvalitetsniveau og minimerede kompetenceafhængig tilfældighed. Det uddybede en leder således:



Hvad er den gode palliative pleje? Det skal ikke være noget, jeg definerer, eller min kollega definerer. Der skal være defineret et kvalitetsniveau, som vi skal ind og ramme. Og det bliver altså gjort nu. Det kvalitets-sikrer det, fordi vi bliver mere strukturerede. Man kan sige, det bliver ikke tilfældigt, om det er den erfarne eller mellemerfarne sygeplejerske, der er ved patienten. Så det er ikke bare den gode sygepleje, når det er den erfarne sygeplejerske. Og på den måde har det bidraget til, at de har højnet den samlede kvalitet i deres palliative pleje.

For det tredje blev tværfagligheden styrket. Især i de to afsnit, som havde specifik fokus på tværfagligheden, berettedes om forbedringer af det tværfaglige samarbejde og en mere helhedsorienteret palliativ indsats, hvor flere faggrupper bidrog til indsatsen. Den helhedsorienterede tilgang blev styrket via tværfaglige konferencer med deltagelse af sygeplejepersonale, læger, ergoterapeut, fysioterapeut og socialrådgiver. Det uddybede en leder således:

Vi har jo fys og ergo tilknyttet afdelingen og de er en sindssygt vigtig medspiller i dette her og er virkelig aktive og gode i alle konferencer. De er nogle gange rigtig afgørende for... de har nogle vurderinger med nogle andre briller, som handler simpelthen om patientens helt klassiske, ja klare fysiske formåen. Det kan være med til at forfine billedet af, hvad det er for en patient, vi snakker om. Så i mange diskussioner er de helt essentielle.

De samme afdelinger berettede om en styrkelse af det tværfaglige samarbejde, især mellem læger og sygeplejepersonale, hvor der kunne være uenighed om mål for pleje og behandling, om behandlingssigtet og om patienten var i den palliative fase. Dialogen herom kunne være forsvarspræget og fordomsfuld. Gennemførelse af ugentlige tværfaglige palliationskonferencer førte til mere åbne og mindre forsvarsprægede dialoger og velforberedte tværfaglige konferencer. En leder fortalte om konferencernes betydning for det tværfaglige samarbejde: *"Vi havde lige en ople-*

velse i går. Der blev ikke truffet specielt mange beslutninger og der var måske heller ikke helt enighed, men der var en meget mere åbenhjertig og meget mindre forsvarsfuld dialog og det blev bare helt vildt godt. Det er opløftende at være med til."

6.2.3 Booster for palliation

Lederne fortalte om projekternes bidrag til en skærpet opmærksomhed på palliation. Palliation var sat på dagsordenen og blev italesat mere i hverdagen. Det medførte øget opmærksomhed på symptomlindring, og der blev taget beslutninger om iværksættelse af forskellige palliative tiltag. Lederne fortalte også om en ændret forståelse af den palliative kultur. Palliation blev nu tænkt bredere end den terminale fase, og der var en bredere opfattelse af den palliative målgruppe. Det formulerede en leder således: *"Jeg tænker, at det der med at udvide begrebet og se på en større patientgruppe som palliative patienter, synes jeg er godt for patienterne og det har i hvert fald givet et løft hos os."* Derudover berettedes om en større forståelse af forskellen mellem basal palliativ indsats og specialiseret palliative tilbud. En større forståelse af at afsnittene selv havde ansvar for at yde basal palliation, at de påtog sig det ansvar frem for ukritisk henvisning til specialiserede palliative tilbud. En leder fortalte: *"Jeg synes, projektet har hjulpet os til at blive endnu skarpere på, hvornår vi skal sende henvisning til det palliative team. Det skal vi ikke ved alle kræftpatienter. Det skal vi ved udvalgte patienter, som kan profitere af det [...] Vi skal lave basisarbejdet, og palliativt team skal lave det specielle."*

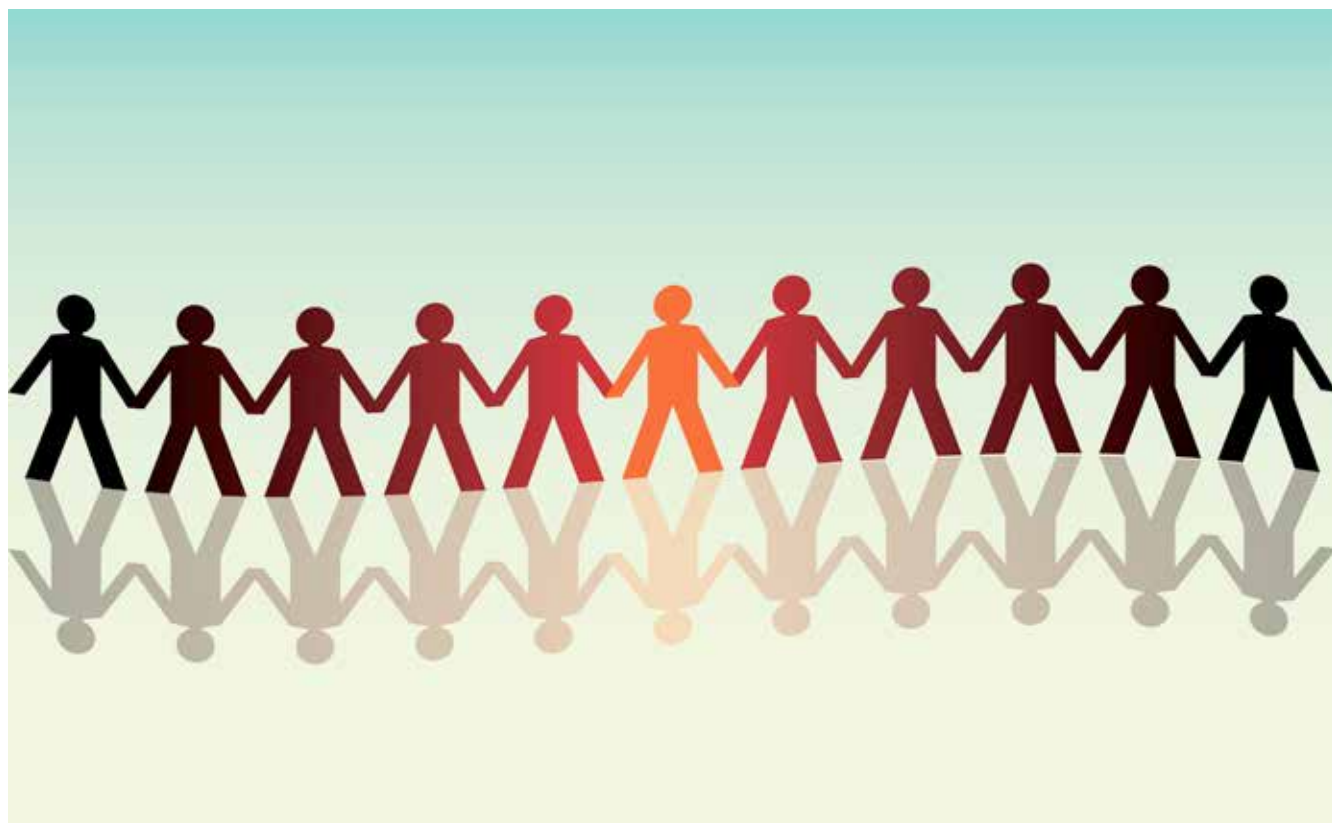
6.2.4 Fortsat udviklingsproces

Flere lokale projekter var eller blev tænkt implementeret i klinisk praksis og skulle fremover indgå som et nyt og blivende element i afsnittets palliative indsats. En af grundene var, at projekterne oplevedes meningsfulde og udsprang af klinisk praksis. Der var tale om bottom-up frem for top-down initierede forandringer. En leder udtrykte det således:

Det kan godt være, at vi ikke kommer så langt i projektperioden, men det dør det jo ikke af, for vi synes stadigvæk, det er en god ide. Nu har vi fået indrettet den stue, som vi er enige om er en god ide [...] Jeg synes virkelig, det her kommer nedefra, hvor meget andet det kommer ovenfra. Jeg tror, det får den betydning, at selv om det tager lidt længere tid, så får det lov at leve. Det er jeg helt sikker på.

Flere ledere fortalte, at de så det konkrete projekt som et led i en fortsat udviklingsproces indenfor palliation og projektarbejde. Omkring palliation gjorde informanterne sig især tanker om, hvor udviklingen skulle føre afsnittet hen. En leder fortalte: *"Jeg glæder mig til, at det bliver så indgroet i folks tankegang her, at vi bliver gode til også at kigge på samarbejdspartnere uden for afdelingen, smerteteam, palliativt team og hjemmehjælpen. Jeg tænker, vi skal blive bedre til at bruge ressourcerne uden for afdelingen."*

Omkring projektarbejde og implementering af konkrete interventioner fremførte flere ledere, at de implementeringsansvarlige gennemgik en personlig og faglig udviklingsproces, som gav dem mod på yderligere udvikling. Lederne fortalte også, at de selv havde lært noget nyt, som de kunne tage med sig fremover. Nogle fortalte om projektforsøget som organisatorisk læring i projektarbejde og implementering. Hvad der gør, at det lykkes eller ikke lykkes. De lærte noget nyt om deres personale på godt og ondt. De gjorde sig "negative" projekterfaringer fx omkring inklusion af patienter, inklusionskriterier, timing for inklusion og samtale med patienten. Andre gjorde sig mere positive projekterfaringer baseret på vellykkede processer. Et eksempel var, hvordan en kompetent projektleder sammen med en projektgruppe i samarbejde med ledelsen var i stand til at forankre forløbet i hele organisationen og gøre det til **"en vellykket"** eller **"smuk proces"**, som en leder udtrykte det.



6.3 OPSUMMERING

Lederne pegede på flere forhold, som havde betydning for gennemførelse af processen. For det første havde det betydning, at projektet var initieret bottom-up og meningsfuld i forhold til afsnittets egen vurdering af udviklingsbehov. Lederne påpegede, at en bevidst stillingtagen til projektorganisering, herunder udpegning af den rette projektleder og projektgruppe var afgørende for projektets fremdrift. Derudover så lederne i denne fase en vigtig opgave i at sikre projektgruppen de rette rammer og vilkår for arbejdet. Lederne havde en forventning om, at den gennemførte introduktion var tilstrækkelig til at sikre projektdeltagernes aktive medvirken.

I implementeringsfasen blev der identificeret forhold, som sikrede fremdriften,

men især forhold som udgjorde barrierer. Barrierer kunne være vekslende patientgrundlag, begrænsede tidsmæssige ressourcer, en afventende holdning i personalegruppen og afsnittets forandringskultur med krav om effektiv drift og konstante top-down styrede strukturelle forandringer. Det betød, at ledernes tilgang langt hen ad vejen var kendetegnet ved udvikling på trods. Forhold som bidrog til fremdrift var faglig motivation, engagement, en forandringskultur præget af åbenhed for forandring i personalegruppen og en ledertilgang til udvikling som en bevidst strategi. Det havde betydning for fremdriften, at de implementeringsansvarlige havde de rette personlige og faglige kompetencer. Især viden og erfaring inden for palliation og kompetencer omkring implementering blev fremhævet. Derudover blev daglig tilstede-

værelse og tid til afklarende dialoger nævnt som vigtige faktorer, hvis de implementeringsansvarlige skulle bidrage optimalt til projektets fremdrift.

Der blev identificeret to typiske tilgange til ledelsesinvolvering: Ledelsesinvolvering på sidelinjen og ledelsesinvolvering via fanebærere. Tilgangene opfattes som person- og kontekstafhængige og i den udstrækning, der er tale om bevidste valg tilpasset konteksten og tydelige for de implementeringsansvarlige, antages begge tilgange at bidrage til fremdrift.

De lokale udviklingsprojekter bidrog ifølge lederne til udvikling af palliation. Projekternes systematiske tilgang til behovsvurdering og formaliserede patientsamtaler øgede kvaliteten i den palliative indsats. Det førte til øget inddragelse af patientens perspektiv, en mere helhedsorienteret indsats og en aktiv inddragelse af pårørende. Omkring den professionelle indsats blev det fremhævet, at kompetenceudvikling

og fastlæggelse af et kvalitetsniveau bidrog til at minimere kompetenceafhængig tilfældighed. Især i de afsnit, som havde specifik fokus på en tværfaglig indsats, sås en styrkelse af det tværfaglige samarbejde og en mere helhedsorienteret palliativ indsats.

Der blev desuden identificeret en række sidegevinster. I temaet **booster for palliation** berettedes om skærpet opmærksomhed på og italesættelse af palliation, bedre symptomlindring og aktive beslutninger, en ændret konceptuel forståelse af palliation og større tydelighed omkring forskelle på basal og specialiseret palliativ indsats.

I temaet **fortsat udviklingsproces** blev der redegjort for de lokale projekters bidrag til implementering af flere palliative tilbud, fortsat udvikling af palliation og for lederens egen del, organisatorisk læring til brug for fremtidigt projektarbejde.

7. PROJEKTLEDERPERSPEKTIVER PÅ GENNEMFØRELSESPROCES OG UDVIKLING

VED INGE-LISE CHURCHILL, LEKTOR VED SYGEPLEJEUDDANNELSEN,
UNIVERSITY COLLEGE NORDJYLLAND



I det følgende beskrives den evaluering, som er gennemført i forhold til de lokale projektledere, der har haft hovedansvar for at gennemføre de lokale projekter i samarbejde med en lokal projektgruppe og/eller interne ressourcepersoner tilknyttet projektet, lokale ledelser og projektleder i PAVI. Nedenfor beskrives evalueringsmetode og de fremanalyserede temaer.

7.1 EVALUERINGSMETODE

Evalueringen var baseret på to fokusgruppeinterview med lokale projektledere. Syv af otte projekter var repræsenteret. Projektlederen fra det projekt, som udgik undervejs i forløbet, deltog også. Der deltog i alt ni projektledere i de to fokusgruppeinterview, som af praktiske grunde var inddelt i to geografiske grupper (en nord og en syd). Interviewene var af en times varighed og blev udført som semistrukturerede interviews. Gennemførelse af fokusgruppeinterviewene var inspireret af Bente Halkier (Halkier, 2002). Der blev således lagt vægt på interaktionen mellem interviewpersonerne i en kombination af gruppeinteraktion og forskerbestemt emne fokus. Målet var at få de lokale projektlederes perspektiv på gennemførelsen af projekterne. Interviewguiden bestod af spørgsmål om gennemførelsesprocessen, muligheder og

barrierer for implementering og projekternes bidrag til udvikling af palliation.

Interviewene blev transskriberet ordret og derefter analyseret. Analysen blev udarbejdet efter inspiration fra Kvale og Brinkman med fokus på mening og meningskon-densering (Kvale & Brinkmann, 2009). Der fremkom følgende temaer: At gennemføre et projekt, at være tovholder, skuffede forventninger, barrierer i implementeringsfasen, ledelsesopbakning, tværfaglige samarbejdspartnere og sidegevinster. Disse temaer uddybes nedenfor.

7.2 PROJEKTLEDERNES PERSPEKTIVER PÅ PROJEKTFORLØB OG UDBYTTE At gennemføre et projekt

Flere projektlederne gav udtryk for, at det var både spændende og nyt at skulle udarbejde en projektskrivelse. Der blev bl.a. nævnt PRI-dokumenter (Politikker, Retningslinjer og Instrukser), standardplaner og spørgeskemaer. Det var vigtigt at have samlet tid til dette arbejde. En projektleder meldte helt fra til dette arbejde. Hun udtalte: *"Jeg kan ikke det der med at skrive projektet. Jeg skal nok udføre det, - det praktiske."* En anden så klart en fordel i at sidde i en stilling, hvor det i forvejen var en del af hendes arbejde. Hun fortalte: *"... men fordi vi har den organisation, der siger, at jeg kan sætte tid af. Jeg skal jo ikke have parentes-dage eller hvad det nu hedder, - projektdage, jeg kan jo sætte mig ned og gøre det... i min arbejdstid."*

Alle de interviewede projektledere fortalte, at de var glædeligt overraskede over den positive opbakning, projekterne generelt fik både fra projektdeltagere, ledere og fra andre samarbejdspartnere. Projektlederne udtrykte det på forskellig vis: *"Vi havde også et informationsmøde, og alle var egentligt positivt stemt og det var vores leder også... og synes det var et godt projekt og det var meget praksisnært"* - *"de synes, det er relevant..."* - *"de synes, at det er en god ide, at det var et godt indsats område"* - *"det var simpelthen så*

dejligt at opleve, at de var, de er meget interesserede og de ved jo også, hvor vigtigt det er, at vi gør noget for de palliative patienter."

Det så ud til, at projekternes indtog i afdelingen, gav projektdeltagere i afsnittet en forståelse af projektledernes arbejde og den tid, de brugte på dette. Projektlederne så det som tegn på en kulturændring. En projektleder formulerede det således: *"... at give hinanden plads til, at man - nogen har lidt travlt, hvor så nogen kan gå væk, sådan at vi kan få de her projekter sat i gang."* Projektdeltagerne fandt det vigtigt at få gennemført projektet og bidrog gerne ved at arbejde mere.

At være tovholder

Projektlederne var enige om, at de havde gjort et stort stykke arbejde med at holde informationsmøder og undervisning i forhold til projekterne, men de måtte sande, at det ikke altid var nok. En projektleder udtrykte det sådan: *"Ja nu er vi blevet lidt klogere. Vi ved i hvert fald her i gruppen og det er de også blevet ude i afdelingerne, altså det er ikke bare ligesom at vende en hånd at starte projekter op..."*

Der blev nævnt flere årsager til, at implementeringen ikke bare foregik gnidningsfrit. Projektlederne erkendte, at det ikke var nok, at der forelå et skriftligt materiale, men der skulle følges op for at materialet blev fulgt. Det var her, projektlederne spurgte sig selv, om de havde gjort nok. En projektleder uddybede det: *"Jeg synes egentlig alle intentionerne var der jo i det skriftlige materiale, om hvordan vi ligesom skulle gøre det her, men der kan jo så være nogle barrierer i forhold til, at vi som tovholdere... har vi været tovholdere nok på, at få de her ting gennemført og har vi haft ledelsesopbakning i tilstrækkelig grad?"*

De fleste var novicer som projektledere, men det var dog ikke det, der blev nævnt som årsag til, at implementeringen ikke altid forløb som forventet. Men alligevel en

tanke om, at både projektleder og ledelsen i afdelingen havde betydning for, hvordan projektet forløb.

På trods af denne positive indstilling blandt projektdeltagerne var det en stor opgave for projektlederne at holde motivationen oppe hos projektdeltagerne. De forsøgte at holde motivationen oppe ved at undervise og være tovholdere. En projektleder fortalte om den opgave: *"Man skal hele tiden, har jeg fundet ud af... følge op på det... det er ikke nok bare at... at fortælle om det og undervise i det. Man skal også sådan hele tiden følge op og spørge ind til det og sende små mails og ja så det er i høj grad også det, at man får fulgt op på det hen af vejen."*

En anden strategi var hyppig omtale af projektet for at få projektdeltagerne til at tage ejerskab til projektet. En projektleder fortalte om den strategi: *"Efter at man er begyndt at sige det sådan lidt tiere og noget mere, og så er der også nogen, der er begyndt at melde ind på, at så kunne I måske tænke på det og det og det, så er det blevet et andet... ja fokus omkring projektet."*

Projektlederne kom med mange eksempler på, hvordan de hele tiden havde en opgave i at fastholde projektdeltagernes fokus på projektet. Det kom tilsyneladende bag på projektlederne, hvor meget det krævede af dem og det var bl.a. i den forbindelse, de gjorde opmærksomme på, at forholdene og tiden ikke altid var der til det arbejde. Det blev formuleret således af en projektleder: *"Og tiden har altså ikke lige været til, at man ligesom kunne tage den kollega til side og så sige, prøv at se her. Vi kan lige prøve at gennemgå det sammen stille og roligt og så har vedkommende måske haft mod på det."*

I et afsnit gennemførte man efter personalets ønske små undervisende seancer i afdelingen, hvor man sad i små grupper for at blive fortrolige med materialet. Det fortalte en projektleder om således: *"I et af afsnittene har de simpelthen sagt at de ville*

sidde face to face, eller måske to eller tre i små grupper og introducere... så de var igennem det hele."

Især de projektledere, som havde kliniske arbejdsopgaver i projektafsnittene, havde spekulationer i forhold til, om de *"havde været tovholdere nok på at få tingene gennemført."* Det så ud til, at projektledernes konkrete tilstedeværelse i afsnittet havde betydning for at følge op på projektet. Flere af projektlederne var ansat i skiftende vagter, skulle på kurser eller var under uddannelse. Projektlederne var personer, der generelt havde mange særlige interesser i deres arbejde, og de var derfor også involveret i mange andre ting. En projektleder fortalte: *"Jeg tænker også, at det, at vi har valgt at indgå som projektledere... jeg er jo generelt set engageret i afdelingen og det betyder jo, at jeg er med i dit og dat."* Projektlederne ansat i skiftende vagter havde svært ved at afse tid til projektet. Det pointerede en projektleder således: *"Altså hvis du har mange nattevagter fx så er det i hvert fald ikke der, der bliver samlet op på noget."*

De nye projektledere skulle lære rollen som tovholdere. Den rolle betød også, at projektlederne skulle holde projektdeltagerne til ilden, og det var en uvant opgave. En projektleder konkretiserede opgaven sådan: *"Man føler, at man trækker noget ned over kollegaer, der allerede har travlt i forvejen... det synes jeg har været rigtig svært."* Projektlederne havde en større viden om projektets interventioner end projektdeltagerne og derfor var det især dem, der kunne under vise projektdeltagerne. En projektleder fortalte om den opgave: *"Vi sidder jo helt klart med en større viden, som de ikke har... men så synes jeg jo bare en af vores fornemmeste opgaver er jo så at formidle den viden til vores kollegaer."* Også her havde tiden afgørende betydning for, om opgaven med at kompetenceudvikle projektdeltagerne blev udført.

Samarbejdet med PAVI blev beskrevet meget positivt, både som hjælp til at komme

i gang med projektet og som en blåstempeling af projektet overfor ledelse og medarbejdere. Det var også her, de nye projektledere hentede støtte til nogle af de opgaver, der var nye for dem som fx projektbeskrivelsen.

Skuffede forventninger

Trods den meget positive indstilling til projektet var det tydeligt, at de fleste projektledere på interviewtidspunktet var skuffede over det antal patienter, der var blevet inkluderet i projektet. Det var udtalelser som *"vi har kun 15 skemaer, vi kan se på og arbejde ud fra. Åh og det er lidt sølle materiale"*, og *"der gik jo næsten måned før vi sådan kunne inkludere nogle patienter, for der var slet ingen patienter i det tidsrum, der kunne passe ind i projektet."* En enkelt afdeling udsatte deres projekt pga. manglende ressourcer. *"... vi nåede måske fire patienter, så gik der kage i det, folk kunne simpelthen ikke nå det."*

Der dukkede også andre uforudsete ting op, nemlig at der var patienter, som ikke ønskede at deltage i projektet. Nogle årsager til de skuffede forventninger var således, at der var færre patienter, som opfyldte kriterierne for at indgå i projektet end forventet, samt at nogle patienter ikke ønskede at deltage, men også at der var for få ressourcer i afsnittene til at implementere projekterne. Som det ses nedenfor, var der også andre barrierer i forhold til gennemførelse af projekterne.

Barrierer i implementeringsfasen

På trods af projektdeltageres positive indstilling til projekterne var der udfordringer, som projektdeltagerne skulle overkomme i forhold til at implementere projektet. Projektdeltagerne skulle tilegne sig nye arbejdsopgaver og selvom opgaverne lignede de opgaver, de havde i forvejen, betød det noget, at de blev standardiseret, og at det nu hed et projekt. For nogle blev det tydeligt, hvilke kompetencer der forventedes af dem. Selvom projektlederen synes, de gjorde meget ud af at fortælle om projektet

og undervise projektdeltagerne i opgaver i forhold til projektets interventioner, så betød det noget at *"det pludselig hedder et projekt"*, også selvom opgaven lignede de opgaver, der i forvejen blev udført i afsnittet. Selvom om det var nogle få ting, der blev forandret, så var det nok til, at nogle projektdeltagerne synes, det var svært, eller de blev usikre på, hvad der forventedes af dem. En projektleder uddybede det således: *"Så det gør selvfølgelig også noget for nogle af vores kollegaer, at de ikke er vant til at skulle hen og kigge i sådan en mappe og hvad er det lige, vi gør. Der har været mange usikre spørgsmål, selvom informationsmødet har været der, jamen hvordan er det lige jeg håndterer det og hvad gør jeg lige i den konkrete situation."* En anden projektleder fortalte det således: *"Så jeg tror måske også, det er den strukturede skemalagte samtale, som måske afskrækker nogen, for hvordan er det, vi griber den an, hvor det plejer at være uformelt på en eller anden måde."*

For nogle projektdeltagere kunne det føles skræmmende, at det var et projekt og at interventionen havde fået et navn, som en projektleder fortalte: *"Det var utroligt, hvad det gjorde det der med, at det hed noget. Så var det ligesom, nu må vi hellere lige... Det var ligesom om, det var blevet helt farligt at holde den her samtale. Det er egentlig lidt de... det vi gør hver eneste dag."*

En anden barriere, projektlederne oplevede fra projektdeltageres side, var tiden, der skulle bruges på udførelsen af projektet. Projektdeltagerne stillede spørgsmål som: Har vi tid til det? Hvor lang tid skal vi bruge på det? Og i et afsnit blev det fremført, at *"vi kan simpelthen ikke finde tiden."* Projektlederne fremførte, at den største barriere for gennemførelsen af projektet var den tid, der gik med projektet, og hvor tiden skulle tages fra? Det kunne være tid til at indlære nye vaner i forhold til at udføre projektet, men også tid til at få de nye opgaver gjort til en del af hverdagen. En projektleder udtrykte det således: *"Jeg ved ikke, om vores*

kollegaer nogen sinde blev rigtig dus med hvordan... altså fremgangsmåden var, når patienterne havde svaret på spørgeskemaerne og vi skulle lave den opfølgende samtale. Hvad er det så den opfølgende samtale, består i."

Gennemførelse af projektet var desuden hele tiden i konkurrence med andre tiltag, som skulle implementeres i afsnittene. Der blev nævnt tiltag som forskellige screeninger, nye arbejdsredskaber og andre projekter. En projektleder formulerede det således: *"Der er jo virkelig konkurrence om vores tid. Der er også konkurrence om de her projekter og folk skal screenes i både den ene og den anden ende."* Det handlede meget om prioriteringer i forhold til, hvad tiden skulle bruges til, og om tiden kunne findes. I den forbindelse henviste projektlederne til ledelsens ansvar for at prioritere og finde den nødvendige tid.

Ledelsesopbakning

Projektlederne pointerede, at ledelsens opbakning havde stor betydning for gennemførelsen af projekterne. Det gjaldt både ansvar for at finde de nødvendige tidsmæssige ressourcer til at gennemføre projektet, men også ledelsens indstilling til projektet. Hvis det "blev sagt højt" fra ledelsen side, at projektet skulle prioriteres, eller ledelsen først gav grønt lys for at iværksætte projektet, når der var "plads" til det, så var det forhold, som var med til at motiverede projektdeltagerne til at gå aktivt ind i projektet.

Alle projektledere var enige om, at de fik en meget stor opbakning fra både projektdeltagere og ledelsen indledningsvis. Projektlederne fortalte dog også, hvordan opmærksomheden på gennemførelse af projektet ebbede ud hos nogle projektdeltagere i forløbet, og at ledelsens opbakning ikke forblev på det samme niveau, som den var indledningsvis. Det kom fx til udtryk ved, at flere projektledere måtte aflyse at gennemføre opgaver i forhold til projektet, fordi de skulle indgå i det kliniske arbejde i eget

afsnit. En projektleder understregede det med følgende udsagn, som hun blev mødt med af sin leder: *"Jamen du [projektleder] kan ikke arbejde med det [projektet] alligevel, fordi vi mangler dig i plejen."*

Tværfaglige samarbejdspartnere

Projektlederne brugte ressourcer på at gøre reklame for deres projekt. Især blev det nævnt, at lægegruppen i nogle projektafsnit udviste interesse for at høre om projektet, og projektlederne var opmærksomme på, at lægerne også kunne have interesse i projektet. En projektleder fortalte om den opgave: *"Vi vidste jo godt, at lægerne var vores samarbejdspartnere ude ved patienterne... så vi gjorde det, at jeg præsenterede det på morgenkonferencerne... hvor jeg fremlagde projektet og fortalte, hvad vi gerne ville og at de ikke var aktører i det, men de ville måske kunne få lidt mere kvalificerede input til, hvad der kunne gøres ved de her patienter."*

Direkte adspurgt om erfaringer med tværfaglighed blev det tydeligt, at det var vigtigt for projektlederne, at deres projekter var monofaglige. En projektleder formulerede det således: *"På vores afdeling var vi enige om, at det var plejen til patienterne..."* På flere afdelinger blev lægerne som nævnt ovenfor informeret om projekterne, men projektlederne gav udtryk for, at de gerne ville have lægernes accept af projektet, men det var sygeplejersker, der udførte projektet. Flere projektledere brugte lægerne som samarbejdspartnere og inddrog dem i overvejelser omkring projektet. En projektleder fremførte et eksempel herpå: *"Vi ville have lavet et dokument til PRI omkring åbne indlæggelser og vi har snakket med en af vores læger omkring det."* Det var dog ikke alle steder, lægerne blev informeret om projektet. En projektleder fortalte: *"Jeg tror ikke, at lægerne i min afdeling overhovedet aner, at der foregår det her projekt."*

Sidegevinster

Projektlederne fremhævede, at projektdeltageres positive indstilling til projektet skyldtes projektets relevans for klinisk praksis. Det havde tilsyneladende betydning for indstillingen til projektet, at projektdeltagerne kunne se meningen med projektet, at de fandt det praksisnært og direkte relateret til patienterne. Udover de gennemførte interventioner og deres betydning for den palliative indsats, havde projektet også nogle sidegevinster i forhold til den palliative indsats. Der kom større fokus på den palliative pleje og behandling, ikke kun fra sygeplejepersonalets side, men i nogle tilfælde også fra lægelig side. En projektleder fortalte: *"Vi har fået gjort lægerne opmærksomme på, at der faktisk er noget, der hedder tidlig palliation."*

Projektet førte desuden til nogle (gode) diskussioner i afsnittene, og det synliggjorde nogle "svagheder" i plejen til den palliative patient og dennes pårørende og ønsker om at forbedre indsatsen. En projektleder formulerede det således: *"Vores spørgeskemaer afdækkede også, at folk følte sig rimeligt godt klædt på til at passe de palliative patienter, men de ville meget gerne have mere undervisning, og det er vi ved at etablere."* Dertil kom at nogle problematikker, som i forvejen var i de enkelte afsnit, blev synlige i forbindelse med projektet. Der blev fx nævnt dårlig normering og dokumentation af plejen. En særlig sidegevinst for et af de deltagende afsnit var, at afsnittets lave normering blev synlig. Projektlederen fra det pågældende afsnit fortalte: *"Folk [personalet] kunne simpelthen ikke nå det, og vi har jo tit påpeget, at vi er for dårligt normeret, men her blev det ligesom synligt, at den her opgave, den kunne vi ikke påtage os. Så vores afdelingssygeplejerske har så faktisk brugt det sammen med andre ting, så vi er blevet opnormeret."*

7.3 KONKLUSION

Alle de interviewede projektledere fik generelt god opbakning til at starte projektet op. Et lokalt forankret projekt, som var relevant og praksisnært, motiverede projektdeltagerne til at deltage og hjælpe med at få projekterne gennemført. Det var dog en vedvarende opgave at vedligeholde motivationen hos medarbejderne, og ledelsens opbakning var i perioder dalende, specielt når der var andre opgaver, der pressede sig på.

Projektlederen havde mange opgaver i relation til projektet, hvor hun var novice. Det drejede sig bl.a. om at udarbejde projektbeskrivelser og påtage sig lederrollen overfor kollegaer. I implementeringsfasen skulle de bidrage til at overvinde barrierer, som især var relateret til projektdeltagernes tilegnelse af nye opgaver, manglende tid hertil og konkurrence fra andre tiltag. Projektlederne fandt undervejs på strategier for at holde projektet i gang fx ad hoc undervisning af projektdeltagere. Nogle projektledere fandt det svært at holde projektet i gang på grund af deres manglende tilstedeværelse i afdelingen. De nye opgaver tog tid at få implementeret, og det kunne være svært at holde fokus, når der var mange konkurrerende tiltag, der også skulle implementeres. Det har været en vigtig motivationsfaktor for projektlederne, at projektet var monofagligt.

De konkrete interventioners bidrag til udvikling af afsnittets palliative indsats blev ikke uddybet, men som en sidegevinst ved projektet kom der i de enkelte afsnit større fokus på palliation og opmærksomhed på, at det var muligt at udføre lokale projekter.

8. DISKUSSION

I det følgende diskuteres projektets bidrag til udvikling af palliation i de afsnit, som deltog i projektet. Derudover diskuteres de udfordringer, der har været i gennemførelsesfasen og hvordan de kan overkommes, hvis flere projektdeltagere skal deltage aktivt i implementeringsprocessen. Sidst diskuteres responsiv evaluering som metode, og hvordan den frembragte viden kan anvendes.

8.1 UDVIKLING AF PALLIATION PÅ BASALT HOSPITALSNIVEAU

Evalueringen viser, at gennemførelse af lokale udviklingsprojekter bidrager til øget kvalitet i den palliative indsats, som patienter og pårørende tilbydes. En af evalueringens hovedfund er, at en systematisk tilgang til forandring af klinisk praksis bidrager til øget kvalitet af den palliative indsats. Den hidtidige palliative praksis har været kendetegnet ved en ikke-formaliseret indsats, som er personafhængig og en indsats, som nok forstås som en BØR-opgave, men også en KAN-opgave og som derfor kommer nogle patienter (og pårørende) til gavn. Den systematiske tilgang er udtryk for en ny palliativ praksis, som er formaliseret og struktureret, en SKAL-opgave som tilbydes alle patienter (og pårørende). Dette fund taler for anvendelse af konkrete redskaber til udvikling af den basale palliative indsats, som ydes af fagpersoner, der ikke har palliation som hovedopgave (Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 15).

Den tilgang understøttes af teorier udviklet af den amerikanske sygeplejeforsker Patricia Benner om udvikling af praktisk viden og færdigheder (Benner, 1995). Ifølge Benner udvikler sygeplejersken sin handlekompentence med udgangspunkt i egne erfaringer og generelle fagkundskaber. Benner deler kompetencerne op i fem niveauer: novice, avanceret nybegynder, kompetent, kyndig og ekspert. De tre første niveauer er særlig relevante for sygeplejersker, der arbejder med basal palliation. For novicen og den avancerede nybegynder går bevægel-

sen mod det kompetente niveau typisk via anvendelse af procedurer, metoder, regler, standarder og rutiner for klinisk praksis kombineret med læring og erfaringsdannelse i klinisk praksis.

Andre fremfører, at anvendelse af fastsatte standarder og retningslinjer for en professionel indsats rummer en potentiel fare for, at indsatsen bliver regelbundet uden blik for den individuelle patients unikke behov, ressourcer og problemstillinger, hvis de anvendes som en ureflekteret manual for praksis (Norlyk, Seibæk, Rodkjær & Haahr, 2013, Martinsen, 2005). Derfor er det vigtigt, at kliniske retningslinjer, vejledninger og instrukser anvendes reflekteret og sættes i spil med patientens perspektiv, egne erfaringer, dømmekraft og kritiske sans. Evalueringsfundene tyder på, at den systematiske tilgang har været præget af en sådan tilgang, idet tilgangen har bidraget til at åbne op for patientens perspektiv og for personlig og faglig udvikling for den sundhedsprofessionelle.

De lokale projekter har været en booster for udvikling af palliation og skabt grobund for en fortsat udvikling. Det understreger vigtigheden af lokal forankring, hvor forandring ikke anskues som planlagte forandringer i et lineært perspektiv, men snarere som en spiralformet proces uden afslutning (Weick & Quinn, 1999). Weick & Quinn foreslår således, at vi udskifter ordet *change* med *changing*, når der er fokus på organisationer i konstant forandring: *"A concern with "changing" means greater appreciation that change is never off, that its chains of causality are longer and less determinate than we anticipated"* (Weick & Quinn, 1999, s.382). Ser man på udbyttet af de lokale projekter, så melder projektlederne om skuffede forventninger og inklusion af forholdsvis små patientpopulationer. I modsætning hertil står både projektdeltagernes og ledernes meget positive vurderinger af projekternes bidrag til udvikling af palliation. Det kan være udtryk for, at projektlederne vurde-

rer udviklingen i mere lineært perspektiv, hvorimod projektdeltagere og ledere vurderer forandringen som en mere åben proces uden afslutning.

Den palliative indsats fremhæves som en tværfaglig opgave (Sundhedsstyrelsen, 2011). De lokale projekter er dog fortrinsvis monofaglige, sygeplejedrevne projekter. Evalueringsfund tyder ikke på, at der sættes spørgsmål ved tværfaglighed som ide. Det er måske snarere udtryk for, at det er sygeplejegruppen, som både tillægges og påtager sig rollen som de primære forandringsagenter inden for palliation. Sygeplejegruppen har grebet projektideen og ikke fundet det relevant/muligt at involvere fx lægegruppen. Det tyder på, at der er behov for øget fokus på at udvikle den tværfaglige palliative indsats på basalt hospitalsniveau.

8.2 GENNEMFØRELSESPROCESSEN

En væsentlig barriere i gennemførelsesfasen var manglende opmærksomhed på og prioritering af afklarende dialoger med projektdeltagerne. Flere fremhæver betydningen af læring i klinisk praksis. Evalueringsfund fra **Projekt Lindrende Indsats**, som havde fokus på at udvikle den palliative indsats i en hospitalsafdeling, viste at viden om palliation erhvervet i eksterne læringskontekster var et vigtigt udgangspunkt for læring i den daglige kliniske praksis (Dalgaard, 2010). Men selv erfarne sygeplejersker var ikke i stand til ved egen kraft at omsætte en personlig merviden erhvervet i eksterne læringskontekster til den daglige kliniske praksis. Det er på linje med Benners teori om kompetenceudvikling, hvor læringsmiljøet har stor betydning for, at novicen og den avancerede begynder får optimale muligheder for at udvikle deres kompetencer mod det kompetente niveau (Benner, 1995). De mindre erfarne har således brug for støtte og vejledning fra mere erfarne kolleger, herunder mulighed for at lære af den erfarnes beslutninger, prioriteringer og handlinger og få hjælp til at reflektere over klinisk praksis, så kliniske



oplevelser bliver til bevidst erfaringsdannelse. Kompetenceudviklingen mod det kompetente niveau forløber successivt over tid. De lokale projekters forholdsvis korte implementeringsperiode har formentlig bidraget til at forhale læringsprocessen mod det kompetente niveau, idet tid til afklarende dialoger var begrænset.

Weick og Quinn fremhæver, at dynamiske forandringer foregår på mikroniveauet i en organisation via kollegiale dialoger, som har fokus på refortolkning, ny forståelse, læring og videndeling, som gerne skulle føre til en kognitiv restrukturering af personalets mentale forestillinger og forankring af nye handle måder (Weick og Quinn, 1999). Marianne Tewes er inspireret af Weick og Quinns forståelse af forandring og fremhæver, at dialoger og tid til **time-out** er afgørende faktorer for succesfulde forandringer (Tewes, 2013). Medarbejderne kan ikke forandre med 180 km i timen. Der er behov for, at arbejdsprocessen afbrydes og uret sættes i stå, så der er mulighed for dialog, diskussion og refleksion over forandringstiltag og projektforløb.

Implementeringen er langt hen ad vejen båret af ildsjæle i palliation, som selv efterlyser tid og ledelsesopbakning til opgaven. De fleste projektledere og implementeringsansvarlige beskriver sig som novicer i forhold til de opgaver, de havde i forbindelse med gennemførelse af projekterne. Lederne fremhæver, at det har betydning for projektets fremdrift, at de projektansvarlige besidder de rette personlige og faglige kompetencer, især viden og erfaring inden for palliation og kompetencer omkring implementering. Flere ting tyder på, at de implementeringsansvarlige bliver sat til at løse en opgave, som de ikke har de nødvendige forudsætninger for at løse. De implementeringsansvarlige ildsjæle har formentlig en særlig kompetence som kliniske vejledere i palliation fremfor kompetence omkring implementering. I følge DMCG-PALs anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker på udvidet B2 niveau er kompetence omkring implementering end ikke omtalt (Tellervo, Halskov Madsen, Munk & Bentzen, 2012, s. 36). Det fremhæves dog, at sygeplejersker på B2 niveau deltager aktivt i udviklingen af gode palliative forløb. Der er således behov for yderligere efteruddannelse, hvis ressourcepersoner i palliation fremover skal påtage sig et så komplekst implementeringsansvar, som langt hen ad vejen har været deres i forbindelse med gennemførelse af de lokale projekter. Evalueringsfundene tyder på, at der er behov for en mere bevidst projektorganisering, udvælgelse af rette personer til rette opgave samt en bevidst afklaring og synliggørelse af roller og ansvarsfordeling mellem ledere, projektledere og implementeringsansvarlige.

Det fremføres af flere, at det er en kompleks opgave at lede forandringer (Weick & Quinn, 1999, Givard & Poulsen, 2013, Kjerholt & Toftedahl Sørensen, 2013, Markholt Nielsen & Tillisch, 2013). Undersøgelser peger på, at 70 % af de forandringer som iværksættes, mislykkes, strander eller

skuffer (Maurer, 2010, Kjerholt & Toftedahl Sørensen, 2013). I en artikel om forandringsledelse fremhæves syv grunde til, at forandringer fejler (Markholt Nielsen & Tillisch, 2013). I forhold til dette projekt skal især fremhæves følgende forhold, som bør tages i mente for at få størst mulig succes med at gennemføre planlagte forandringer:

- 1) Manglende styring og dermed ikke reelt indsigts i, om projektet går som det skal;
- 2) Manglende tidsplan og at der ikke er skabt et realistisk billede af, hvad det vil kræve af organisationen at gennemføre projektet;
- 3) For lidt fokus på implementeringsfasen som typisk bliver nedprioriteret i forhold til projektets øvrige faser til trods for, at det er her de endelige gevinster skal realiseres.

Nielsen & Tillisch fremhæver desuden, at det er afgørende at gøre projektet vigtigt og gevinsterne synlige. Evalueringsfundene tyder netop på, at projekternes relevans og meningsfuldhed har haft afgørende betydning for projekternes fremdrift og bidraget til at overvinde modstand og fastholde projektet.

I en artikel om forandringer i sundhedsvæsenet fremhæver flere, at der gennemføres en hidtil uset mængde top-down styrede forandringer, som ikke giver mening for den enkelte medarbejder (Hagerup, 2013). De ændrede vilkår kan påvirke personalets fagidentitet negativt, idet den enkelte medarbejder ikke får tilstrækkelig mulighed for fx at bedrive den sygepleje, de er uddannet til. Meget tyder således på, at sundhedsvæsenets forandringskultur har været en barriere for gennemførelse af de konkrete palliative udviklingsprojekter. På den anden side har gennemførelse af kliniske udviklingsprojekter været en kærkommen lejlighed for personalet til at arbejde med meningsfulde forandringer, hvor fagets grundlæggende værdier og kerneopgave var i fokus.

8.3 METODEDISKUSSION

I forbindelse med responsiv evaluering fremføres flere kritikpunkter (Krogstrup, 2007, s. 126-127). For det første fremføres en kritik af evaluators rolle som fastlægger af evalueringsspørgsmål. Evaluators objektivitet og uafhængighed problematiseres. Der er risiko for, at evaluators personlige værdisæt bliver styrende for evalueringen. Det har PAVI forsøgt at beskytte sig imod ved en grundig drøftelse med projektets referencegruppe om evalueringskriterier og valg af informanter.

For det andet kan det være vanskeligt at anvende de relativt diffuse data, som den responsive evaluering ofte frembringer. En bevidst anvendelse af få evalueringsmetoder og afgrænsede informantgrupper har haft som mål at skabe klarhed.

Endelig ses en kritik af, at responsiv evaluering lader kritisk fortolkning og vurdering være op til konteksten. Rationalet er, at konteksten ikke vil være i stand til at overskride den fortolkningsramme, den

har i forvejen, og derfor vil evalueringen ikke føre til forandringer. Målet med denne evaluering er ikke at skabe her og nu forandringer i de konkrete evalueringskontekster, men at frembringe viden, som kan anvendes i andre hospitalsafdelinger fremover. Der er tale om en teoribaseret evaluering, som frembringer kontekstafhængige kvalitative data om lokale projekters bidrag til udvikling af palliation og forudsætninger for at gennemføre sådanne projekter. Det er ikke målet at frembringe en færdig opskrift eller manual. Intentionen har været at frembringe analytisk generaliserbar viden, som kan være vejledende for andre hospitalsafdelinger. Generaliserbarhed tager her udgangspunkt i konkrete situationers dobbelthed som både typiske og unikke (Delmar, 1999, Dalgaard, 2007a). Det er således praktikerens opgave at anvende det generelle og typiske i konkrete situationer, eller med andre ord at rekontekstualisere den nye viden ved at vurdere, om den kan anvendes i den konkrete situation i den konkrete kontekst, der handles i.

9. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING



Projektets overordnede formål var at styrke og udvikle kvaliteten af den basale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og pårørende i kontakt med hospitalsafdelinger i Danmark ved at initiere afgrænsede udviklingsprojekter, hvor viden om bedste praksis skulle afprøves. Samlet set viste evalueringen, at både ledere og medarbejdere var enige om, at gennemførelse af afgrænsede palliative udviklingsprojekter har bidraget til at udvikle kvaliteten af den basale palliative indsats, som patienter og pårørende tilbydes i de deltagende afsnit.

Omkring projektets bidrag til udvikling af palliation var ledere og medarbejdere enige om:

- At de lokale projekter viste, at det var muligt at udvikle den palliative indsats ved en systematisk indsats, som førte til udvikling mod en ny palliativ praksis, som var formaliseret og struktureret. Så palliation blev til en SKAL-opgave, som blev tilbudt alle patienter (og pårørende).
- At de lokale projekter var en "booster" for afdelingens palliative indsats, idet projekterne bidrog til at øge kvaliteten af afsnittets samlede palliative indsats og palliative tilbud.
- At de lokale projekter skabte et fundament for fortsat udvikling af den palliative indsats.

Omkring gennemførelse af de lokale projekter var ledere og medarbejdere enige om:

- At det var meget meningsfuldt og relevant at gennemføre praksisnære bottom-up initierede kliniske udviklingsprojekter. Det medvirkede til de lokale projekters fremdrift i alle faser af projektforløbet.
- At projektgrupperne samlet set havde de faglige ressourcer inden for palliation, udvikling og forskning, som var nødvendige i projektudarbejdsfasen, kombineret med relevant ledelsesopbakning, som bidrog til at skabe de rette arbejdsvilkår for arbejdet.
- At der især i implementeringsfasen var følgende barrierer:
 - Implementering af forandringerne var langt hen ad vejen båret af ildsjæle, som efterlyste arbejdsvilkår, tid, hjælp og støtte til opgaven, især til at holde fokus på projektet og indgå i afklarende dialoger med projektdeltagere, så flere projektdeltagere gik aktivt ind i at afprøve planlagte interventioner.
 - Ledelsesopbakning og -opmærksomhed var svingende.
 - Tidspres og travlhed var væsentlige barrierer i implementeringsfasen, idet gennemførelse af projekt var under pres af en mængde konkurrerende SKAL-opgaver, som betød begrænset tid, ro og overskud til at "springe ud i nye tiltag".

- Implementering af kliniske udviklingsprojekter var under pres af en forandringskultur i de enkelte afsnit præget af konstante krav om top-down initierede strukturelle forandringer og en ledelsestilgang kendetegnet ved udvikling på trods fremfor forandringer som en bevidst målrettet ledelsesstrategi.

Det kan således konkluderes, at øget fokus på afklarende dialoger med projektdeltagere og forhold som kan bidrage til at overkomme kontekstuelle barrierer relateret til tidspres/travlhed og forandringskultur kan bidrage yderligere til lokale projekters fremdrift.

Projektledernes vurdering afveg ikke væsentlig fra ledere og medarbejders vurderinger. De uddyber dog flere forhold i relation til rollen som projektleder. Omkring projekternes bidrag til udvikling af palliation havde projektlederne især fokus på projektets sidegevinster.

Omkring rollen som projektledere i gennemførelsesfasen fremhævede projektlederne:

- Et lokalt forankret, relevant og praksisnært projekt var en motivationsfaktor for projektdeltagerne i projektførelsen.
- De fleste projektledere opfattede sig som novicer i at gennemføre og være tovholder på kliniske udviklingsprojekter.
- Omkring implementeringsfasen blev følgende forhold fremhævet:
 - Det var en vedvarende opgave at vedligeholde motivation hos projektdeltagerne.
 - Ledelsens opbakning var dalende i den periode.
 - Projektlederne skulle bidrage til at overvinde barrierer relateret til projektdeltagernes tilegnelse af nye færdigheder, manglende tid og konkurrence fra andre tiltag.

- Gennemførelse af et monofagligt projekt var en vigtig motivationsfaktor for projektlederne.
- Samarbejdet med PAVI havde positiv betydning for gennemførelse af de lokale projekter via blåstempling af projekterne og komplementering af de lokale projektgruppers kompetencer.

PERSPEKTIVER FOR UDVIKLING AF DEN BASALE PALLIATIVE INDSATS

Det fremgik af evalueringen, at både ledere og medarbejdere var enige om, at der var behov for udvikling af den basale palliative indsats på danske hospitaler både i forhold til indsatsen for patienter og pårørende, den professionelle indsats og organisatoriske forhold. Der var også enighed om, at der langt hen ad vejen var de personlige og faglige ressourcer til stede i de pågældende hospitalsafdelinger til at understøtte en sådan udvikling. De lokale udviklingsprojekter bidrog til udvikling på nogle af de nævnte områder, men evalueringen tydede også på, at de enkelte hospitalsafdelinger befandt sig forskellige steder i forhold til udvikling af den palliative indsats. I afsnit, som især ydede en indsats i forhold til cancer patienter, sås en større prioritering og anerkendelse af den palliative indsats i modsætning til afsnit, som ydede en indsats for patienter med non-maligne sygdomme. Meget tyder således på, at der både lokalt og nationalt er et fortsat behov for udvikling af den basale palliative indsats. Dels er der behov for at øge kvaliteten af indsatsen, men også behov for identifikation af de rette palliative patienter, hvis ideen om lige adgang til en rettidig og adækvat palliativ indsats skal tilbydes alle livstruet syge mennesker og deres pårørende i det danske sundhedsvæsen.

Hospitalsmodelprojektet anviser en mulig og farbar vej i en fortsat udvikling. Det har vist sig holdbart at udvikle den basale palliative indsats via lokal forankring af

ideer og indsats kombineret med centralt initiativ og støtte, som bidrager til at blåstemple projekterne og komplementere eksisterende lokale ressourcer. Den lokale forankring bidrager til projekternes fortsatte liv og foruden konkrete gevinster i forhold til udvikling af palliation ses også sidegevinster som personlig og faglig læring i forhold til både palliation og udviklingsarbejde. Den tilgang til udvikling kalder dog på en anden forståelse og tilgang til forandringer. Forandringer i dynamiske organisationer med krav om konstante forandringer kan med fordel anskues som spiralformede forandringsprocesser uden afslutning. Det skal fremhæves, at lokale ledelser og projektledere bør være opmærksomme på at understøtte forhold, som bidrager til projekternes fremdrift og ikke mindst overvinde barrierer, som især er synlige i implementeringsfasen, såfremt lokale forandringer skal forankres fuldt ud. Omkring fremdriften skal især fremhæves projekternes meningsfuldhed som motivationsfaktor, en bevidst ledelsesmæssig stillingtagen til projektorganisering og lokale projektgruppers behov for hjælp, støtte og tid til opgaven i hele projektperioden. Der kan med fordel iværksættes initiativer og planer, som har fokus på at tilvejebringe de nødvendige tidsmæssige ressourcer og støtte til projektledere og implementeringsansvarlige, så de har tid til afklarende dialoger med projektdeltagere og til at fastholde fokus på projektet. Ledelsesopbakning er afgørende i hele projektperioden også i implementeringsfasen, og der efterlyses en ledelsestilgang til forandring som en bevidst målrettet ledelsesstrategi.

Hospitalsmodelprojektet har også haft som mål at bidrage til udvikling af den nationale palliative indsats via spredning af viden

i det palliative felt i Danmark. Det sidste har ikke været genstand for evaluering, men såfremt projektideen bruges til udvikling af palliation, bør det medtænkes, hvordan hospitalsafdelinger kan være katalysator for spredning af viden om bedste palliative praksis på danske hospitaler til gavn for den samlede palliative indsats.

Evalueringen tyder på, at der er behov for et større sundhedspolitisk og ledelsesmæssigt fokus på at skabe optimale rammer for udvikling af kerneydelsen palliation. Der er forhold, som tyder på, at sundhedsvæsenets forandringshastighed de seneste 10 år bidrager til at sætte udviklingen af brugernære kerneydelser under pres (Hagerup, 2013). Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den basale palliative indsats er et eksempel på en sundhedspolitisk top-down styret forandring, som det regionalpolitiske niveau og lokale ledelser har ansvar for at implementere (Sundhedsstyrelsen, 2011). Anbefalingerne fremhæver behovsvurdering, uddannelse, organisering, monitoring og forskning som vigtige indsatsområder. Der skal ikke sås tvivl om behov for dette men blot fremhæves, at regionalpolitikere og lokale ledelser også bør have fokus på udvikling af kerneydelsen palliation og bidrage til at skabe vilkår, som gør en sådan udvikling mulig.

Om end mange livstruede syge mennesker ønsker at dø hjemme, så tyder meget på, at mange af disse både nu og fremover vil være i kontakt med hospitalsafdelinger i det samlede sygdomsforløb (Rådgivende Sociologer, 2013, Jarlbæk et al., 2013). Derfor vil den palliative indsats i den tidlige og sene palliative fase og måske den terminale fase fortsat være en vigtig opgave, som hospitalerne skal løfte.



REFERENCER

- Becker, G., Sarhatlich, R., Olschewski, M., Xander, C., Momm, F., & Blum, H. E. (2007). End-of-life care in hospital: current practice and potentials for improvement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 711-719.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert: mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.)*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Dalgaard, K.M. (2007a). *At leve med uhelbredelig sygdom: at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelsen i tid og rum: Ph.d. afhandling*. Aalborg: Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus.
- Dalgaard, K.M. (2007b). *Projekt Lindrende Indsats: statusrapport: status for den lindrende indsats i Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus, september 2007*. Aalborg: Aalborg Sygehus, Hæmatologisk Afdeling.
<http://www.aalborguh.rm.dk/Afdelinger/Medicinsk+Center/Afdelinger/Haematologisk+Afdeling/For+fagfolk/Forskning/Projekt+lindrende+indsats.htm>
- Dalgaard, K.M. (2009). *Projekt Lindrende Indsats: implementeringsrapport: udviklingsplan for den lindrende indsats og implementering af planen i Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus i perioden oktober 2007 – april 2009*. Aalborg: Aalborg Sygehus, Hæmatologisk Afdeling.
<http://www.aalborguh.rm.dk/Afdelinger/Medicinsk+Center/Afdelinger/Haematologisk+Afdeling/For+fagfolk/Forskning/Projekt+lindrende+indsats.htm>
- Dalgaard, K. M. (2010). *Projekt Lindrende Indsats: evalueringsrapport: Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus*. Aalborg: Aalborg Sygehus, Hæmatologisk Afdeling.
<http://www.aalborguh.rm.dk/Afdelinger/Medicinsk+Center/Afdelinger/Haematologisk+Afdeling/For+fagfolk/Forskning/Projekt+lindrende+indsats.htm>
- Dalgaard, K. M., Thorsell, G., & Delmar, C. (2010). Identifying transitions in terminal illness trajectories: a critical factor in hospital-based palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2), 87-92.
- Dalgaard, K. M., & Timm, H. (2012b). *Hospitalsmodelprojekt: idekatalog: udvikling af den palliative indsats på danske hospitaler via lokale interventions- og udviklingsprojekter*. København: PAVI. <http://www.pavi.dk/Libraries/Kortl%c3%a6gningen/Idekatalog.sflb.ashx>
- Dalgaard, K.M., & Timm H.(2012a). *Hospitalsmodelprojekt: udvikling af den palliative indsats på danske hospitaler via lokale interventions- og udviklingsprojekter: projektbeskrivelse*. København: PAVI.
<http://www.pavi.dk/Libraries/Events/Hospitalsmodelprojekt.sflb.ashx>
- Delmar, C. (1999). *Tillid & magt: en moralsk udfordring*. København: Munksgaard.
- Farquhar, M. C., Higginson, I. J., Fagan, P., & Booth, S. (2009). The feasibility of a single-blind fast-track pragmatic randomized controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *BMC Palliative Care*, Jul. 7., 8, 9. doi:10.1186/1472-684X-8-9.
- Givard, K. L., & Poulsen, I. (2013). Implementering af en smerteskala til patienter med nedsat bevidsthed. *Sygeplejersken*, 113(11), 66-72.
- Gold Standards Framework.
<http://www.goldstandardsframework.org.uk/>
- Grønvold, M., Pedersen, C., Ravn Jensen, C., Faber, M. T., & Johnsen, A. T. (2006). *Kræftpatientens verden: en undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*. København: Kræftens Bekæmpelse.
- Grønvold, M., Rasmussen, M., & Halling Hansen, K. (2012). *Dansk Palliativ Database: årsrapport 2011*. [København]: DMCG-PAL.
- Hagerup, A. (2013). Forandringer bør doseres. *Sygeplejersken*, 113(13), 40-44.

- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Jarlbæk, L. (2012). *Palliativ indsats fra diagnose-tidspunktet*. København: PAVI.
<http://www.pavi.dk/Nyheder/12-02-23/2288125016.aspx>.
- Jarlbæk, L., & Timm, H. (2013). *Hospitalernes palliative indsats på basalt niveau: en landsdækkende kortlægning blandt afdelingsledelser*. København: PAVI.
- Jarlbæk, L., Christensen, L., Bruera, E., & Gilså Hansen, D. (2013). The epidemiology of long- and short-term cancer survivors: a population-based cohort study, exploring denominators for rehabilitation and care programs. *Acta Oncologica*, Sep. 19. [Epub ahead of print].
- Johnsen, A. T. (2008). *Palliative needs in Danish patients with advanced cancer*. Ph.D. thesis. København: Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen.
- Jørgensen, L., Oberländer, L., & Vejlgård, T. (2010). *Palliation på sygehuset: kvalitetsudviklingsprojekt til forbedring af indsatsen for alvorligt syge og døende på en hospitalsafdeling*. [s.l.]: Palliativt Team.
- Kjerholt, M., & Toftedahl Sørensen, O. (2013). *Forsker og leder udvikler praksis sammen. Sygeplejersken*, 113(9):76-79.
- Krogstrup, H. K. (2006). *Evalueringsmodeller* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Krogstrup, H. K. (2007). Sociologisk evaluering: om at designe en kvalitativ sociologisk undersøgelse. I: R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (red.), *Håndværk og horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (s. 133-158). Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzel.
- Lorensen, M. (2003). Et historisk perspektiv på vidensudvikling, sygeplejens genstandsfelt og forskningsmetoder i sygeplejen. I: M. Lorensen, L. Hounsgaard, & G. Østergaard Nielsen (red.), *Forskning i klinisk sygepleje: metoder og vidensudvikling* (s.21-39). København: Akademisk Forlag.
- Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool. (2012). *Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP): supporting care in the last hours or days of life: LCP Model Pathway: UK core documentation*. Liverpool: The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool (MCPCIL), University of Liverpool.
<http://www.sii-mcpcil.org.uk/media/10843/LCP%20Core%20Documentation.pdf>
- Markholt Nielsen, M., & Tillisch, M. (2013). *7 grunde til at forandringer fejler*. Søgt 23.10.13 fra <http://www.lederweb.dk/Strategi/Forandringsledelse/Artikel/101169/7-grunde-til-at-forandringer-fejle>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skønnet og evidensen*. Oslo: Akribes.
- Maurer, R. (2010). *Beyond the wall of resistance: why 70% of all changes still fail - and what you can do about it* (2nd rev. ed.). Austin, Tex: Bard Press.
- Mazanec, P., Daly, B. J., Pitorak, E. F., Kane, D., Wile, S., & Wolen, J. (2009). A new model of palliative care for oncology patients with advanced disease. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(6), 324-333.
- Middlewood, S., Gardner, G., & Gardner, A. (2001). Dying in hospital: medical failure or natural outcome? *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1035-1041.
- Norlyk, A., Seibæk, L., Rodkjær, L. Ø, & Haahr, A. (2013). Sygeplejefaglig refleksion er både fortid og fremtid. *Sygeplejersken*, 113(10), 58-62.
- Rådgivende Sociologer. (2013). *Danskernes viden om og ønsker til den sidste del af livet: baggrundsrapport*. København: PAVI & Trygfonden.
http://pavi.dk/Libraries/Borgersite/Danskernes_viden_om_og_%c3%b8nsker_til_den_sidste_del_af_livet_-_Baggrundsrapport.sflb.ashx



- Seymour, J. (2012). Looking back, looking forward: the evolution of palliative and end-of-life care in England. *Mortality*, 17(1), 1-17.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Anbefalinger for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tellervo, J., Halskov Madsen, K., Munk, L., & Bentzen, M. (red.). (2012). *Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats*. København: DMCG-PAL.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Admane, S., Gallagher, E. R., Jackson, V. A., Lynch, T. J., ... Pirl, W. F. (2011). Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, 29(7), 2319-2326.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine* 363(8), 733-742
- Teno, J.M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., & Mor, V. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 291(1), 88-93.
- Tewes, M. (2013) *Hvordan får vi integreret evidensen i klinisk praksis: forandring eller forankring: Årsdag i DMCG-PAL 2013*. Vejle: [s.n.]. søgt 24-10.13
www.dmcgpal.dk/files/oplaeg_marianne_teves.pdf
- Thomas, K. (2010). The GSF Prognostic Indicator Guidance. *End of Life Care*, 4(1), 62-64.
- Thomas, K. et al. (2011). *The GSF Prognostic Indicator Guidance, September 2011* (4th ed.). [s.l.]: The Gold Standards Framework, Royal College of General Practitioners.
- Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P. (2006). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 169-177.
- Timm, H., & Hagedorn-Møller, J. i samarbejde med Rådgivende Sociologer. (2013). *Danskerne om livet med sygdom og død: undersøgelse af danskernes viden om livstruende sygdomme og mulighederne for lindring, samt vores ønsker for den sidste del af livet*. København: PAVI.
http://www.pavi.dk/Libraries/Borgersite/Danskerne_om_livet_med_sygdom_og_d%C3%B8d_web_januar_2013_1.sflb.ashx
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386
- Weissman, D. E., & Meier, D. E. (2011). Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 17-23.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., ... Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665-1673.

BILAG 1-12

Bilag 1



BESKRIVELSE AF LOKALE UDVIKLINGSPROJEKTER

Lokale projektledere/projektgrupper udarbejder en kort beskrivelse af det konkrete udviklingsprojekt til eget brug og til brug for evaluering i fase 4. Projektbeskrivelsen forventes at være på max 5 sider.

1. Identificering af relevante udviklingsområder

- a. Redegøre for valg af udviklingsområde(r) og konkrete intervention(er), foruden en kort begrundelse herfor.

2. Den konkrete intervention

- a. Beskrivelse af den konkrete intervention
- b. Formål
- c. Målgruppe for interventionen (fx patienter, pårørende, personale)
- d. Involverede aktører (fx sygeplejepersonale, læger)

3. Projektorganisering

- a. Projektdeltagere
- b. Lokal projektleder
- c. Ansvars-opgavefordeling projektdeltagere og projektleder
- d. Ledelsesopbakning

4. Projektforløb

- a. Planlægning af intervention (fx information til målgruppen, medinddragelse og information til involverede aktører og ansvarsfordeling i gennemførelsesfasen)
- b. Opstart (fx informationsmøde med præsentation af projektet, herunder aftaler om ansvarsfordeling mellem involverede aktører i gennemførelsesfasen)
- c. Gennemførelse (hvordan sikres fremdrift, hvem har ansvar for hvad?)
- d. Tidsplan (for opstart, gennemførelse og evaluering)

5. Evaluering

- a. Formulering af succeskriterier for interventionen (hvad er målene for succes?)
- b. Monitorering interventioner (fx antal, hyppighed, tidsforbrug, aktører)
- c. Planer for lokal evaluering af intervention (fx tidsplan, metode, evaluator, data)

Karen Marie Dalgaard
PAVI, februar 2012

Bilag 2

Ansvars- og
opgavefordeling

| PROJEKTADELINGER | PAVI |
|---|---|
| Fase 2: Planlægning | |
| Projektleder Kort projektbeskrivelse <i>(Model udarbejdet)</i> Registreringsskema? | Sparring, videndeling, rådgivning: - Identificere udviklingsområder (idekatalog) - Beskrive/planlægge intervention - Opstart |
| Fase 3: Gennemførelse | |
| Projektleder deltager i møder i fagligt netværk 2-3 gange Møder med projektleder PAVI efter behov Mulighed for at deltage i hospitalskonference, evt. m./poster | Sparring, videndeling, rådgivning efter behov Møder projektleder/-gruppe Logbog |
| Fase 4: Evaluering | |

Bilag 3

Tværfaglige palliationskonferencer (TVPK) – overgange mellem sektorer

BAGGRUND

Mellem faggrupperne var der i afdelingen forskellig opfattelse af, hvor i sygdomsforløbet patienterne befandt sig. Dette medførte usikkerhed om, hvilken støtte og vejledning patienter og pårørende skulle tilbydes. Vi havde erfaring for at nogle senpalliative patienter blev hurtigt genindlagt og vidste samtidig, at de ønskede at være hjemme. Endelig manglede vi viden om tilbuddene til palliative patienter i primærsektor for at kunne vejlede patienterne bedst muligt.

FORMÅL

At styrke det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper og ved overgange mellem sektorer, for derved at sikre et højt fagligt niveau og en rettidig indsats som kunne bidrage til at den sene palliative fase og den terminale fase blev præget af høj livskvalitet for patienten.

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONER

1) Etablering af ugentlige TVPK i fire teams i perioden februar til juli 2013. Varighed 30 min., 1 patient per TVPK. Fokus var afklaring af, hvor i sygdomsforløbet patienten var og hvilke interventioner patient og pårørende havde behov. Faste deltagere var mødeleder, kontaktlæge og plejepersonale; terapeuter, socialrådgiver og psykolog ved behov. Der blev udarbejdet og anvendt støtteredskaber til TVPK: Lommekort med definition af kliniske faser i palliative forløb, tjeklistepræsentation af patient, diskussionsredskab og guide for mødelederen. Der var supervision af mødeledere og psykologstøtte til samtaler med patienter og pårørende.

EVALUERING

Spørgeskema udfyldt efter hver konference af mødelederne; efter projektperioden spørgeskema om betydningen af TVPK til al personale. 2) Spørgeskemaundersøgelse til kommunerne i Region Midtjylland om den palliative indsats og muligheder.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Evalueringen af TVPK viste, at støtteredskaberne var til stor hjælp. De faglige bidrag fra ergo- og fysioterapeut, psykolog og socialrådgiver havde stor betydning. På de fleste konferencer blev der truffet vigtige beslutninger i forhold til patientens videre forløb. Mødelederne angav, at der fandt læring sted og at TVPK genererede ny viden om patientforløbene. Der anedes en stor konsensus-skabende kraft i det tværfaglige samarbejde, som opstod. Spørgeskemaundersøgelsen (svarprocent 91,3%) viste at plejepersonalet i højere grad end lægegruppen anså TVPK for at bidrage til identifikation af palliative patienter, den palliative fase og etablering af fælles tværfaglige mål. Der var enighed om at TVPK i høj grad eller nogen grad bidrog til at forbedre samarbejdet med patient og pårørende, viden om andre faggruppers bidrag og det tværfaglige samarbejde. TVPK fortsætter fremover. 17 af 19 kommuner besvarede spørgeskemaet. Kommunerne havde generelt palliativ døgndækning, samme palliative plejetilbud og vågekoner. I nogle kommuner administrerede man intravenøs medicin på plejecentre. Meget få administrerede subkutan cytostatika. Besvarelserne er sammenskrivet i et katalog over de kommunale tilbud.

PROJEKTANSVARLIGE

Kirsten L. Pedersen, psykolog, Rie Winther, socialrådgiver, Marie Møller, oversygeplejerske, Jan M. Nørgaard, ledende overlæge, Mette Holm, funktionsleder, overlæge, Mona Sørensen, afdelingssygeplejerske, Anne-Kathrine Ørntoft, specialeansvarlig sygeplejerske, Francesco Annibale d'Amore, funktionsleder, professor, Bente F. Jensen, afdelingssygeplejerske, Susan Larsen, klinisk sygeplejespecialist, Georg Thorsell, overlæge.

PROJEKTLEDER, KONTAKTPERSON

Astrid Lindman, klinisk sygeplejespecialist, cand. scient. san., astrilind@rm.dk, +45 7846 7938
Hæmatologisk Afdeling R, Kræft- og Inflammationscentret, Aarhus Universitetshospital.

Bilag 4

Systematisk symptomidentifikation hos indlagte palliative patienter

BAGGRUND

Erfaring fra praksis er, at palliative patienter indlagt i Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA) lindres ift. deres aktuelle lidelser og at dette gøres på en faglig og etisk forsvarlig måde. Vi ser dog et kvalitetsudviklingspotentiale i at systematisere nuværende praksis omkring symptom identifikation mhp. kvalificering af den palliative indsats hos den enkelte patient.

FORMÅL

At symptomer fra sygdommen/tilstanden hos den palliative patient indlagt i MEA om muligt forebygges, identificeres tidligt og om muligt lindres, samt plejepersonalet oplever at have forudsætninger for og redskaber til at arbejde systematisk.

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONER

Daglig symptomscreening efter ESASr inspireret skema udfyldes (helt eller delvist af patienten selv) med efterfølgende samlet elektronisk dokumentation af planlagte og udførte lindrende handlinger. Målgruppen for interventionen er alle palliative patienter (uanset diagnose), som er indlagt i MEA1, MEA2 eller MEA3 i den sene palliative og terminale fase. Involverede aktører er plejepersonale i alle 3 sengeafsnit bestående af sygeplejersker, SOSU-assistenter samt sygeplejestuderende og SOSU-assistentelever under vejledning.

GENNEMFØRELSE

I september-december 2012 udføres daglige symptomscreeninger på indlagte palliative patienter. Planlagt og iværksat pleje og behandling beskrives og evalueres i palliationsstandardplan i EPJ udviklet af projektgruppen. Et pædagogisk understøttende redskab, som består af sygeplejehandlingsanvisninger er udarbejdet af projektgruppen for at understøtte aktørernes handlingskompetencer i klinisk praksis. Evaluering af projektet er gennemført i december 2012 -januar 2013 som:

- 1) En spørgeskemaundersøgelse blandt plejepersonalet om, hvorvidt den enkelte oplever at have fået indarbejdet en systematik i forhold til at kunne identificere symptomer hos den palliative patient, og hvorvidt redskaberne (screeningsskema, sygeplejehandlingsanvisninger og elektronisk standardplan) har påvirket den enkeltes fortrolighed i arbejdet med symptom-identifikation og iværksættelsen af den efterfølgende lindrende indsats;
- 2) Journalaudit på 6-10 patientforløb fra hvert afsnit (18-30 i alt) med fokus på, om screenings- og dokumentations redskaber er anvendt, om der er dokumenteret tiltag samt effekt af relevante interventioner.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Hos de patienter, hvor dokumentationsredskaberne anvendtes, oplevede auditgruppen, at de udførte screeninger gav et anvendeligt billede af aktuelle indsatsområder. Hos patienter, hvor der fortløbende blev dokumenteret i standardplanen, fremstod hos seks ud af syv patienter et anvendeligt overblik over både statusdata, handlinger, effekt af tiltag og fremadrettede aftaler om tiltag. Spørgeskemaet besvares af 45 af 70, af dem angiver 96% at være klædt på til at varetage plejen af palliative patienter; 47% udtrykker behov for undervisning. Det tolkes som et behov for undervisning i arbejdet med palliative patienter – også hos dem, der i forvejen har erfaring med dette arbejde. Vi arbejder på at implementere systematisk symptom identifikation hos patienter indlagt i MEA med brug af hjælperedskaber udviklet i dette projekt.

PROJEKTLEDER OG KONTAKTPERSON

Randi M.H. Tei, klinisk sygeplejespecialist, MHH, randitei@rm.dk

ØVRIGE PROJEKTGRUPPE

Henrietta Andersen, Line Johannesen, Ulla Hammel og Dea Eiter (alle sygeplejersker ansat i afdeling MEA, Aarhus Universitets Hospital).

Bilag 5

Palliationsstue og systematiske forventningssamtaler

BAGGRUND

Vi havde et ønske om bedre forhold for palliative patienter med komplekse problemstillinger samt deres pårørende. En palliationsstue med mere hjemlige forhold ville invitere til, at de pårørende var mere hos patienten. Vi oplevede, at de pårørende var en kæmpe ressource for patienten. Derudover ønskede vi at forebygge konflikter mellem patient, pårørende og personalet, da vi havde oplevet det nogle gange. Vi formodede, at en forventningssamtale i starten af indlæggelsen ville kunne afstemme vores gensidige forventninger til hinanden

FORMÅL

At indrette en palliationsstue, som kan give bedre forhold for den palliative patient og dennes pårørende. At undersøge om en forventningssamtale kan højne niveauet for sygeplejen til de palliative patienter, samt være med til at identificere de patienter, som kan have gavn af at opholde sig på palliationsstuen.

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONER

Vi lavede en indbydelse til forventningssamtalen samt et symptom-skema (ESASr inspireret), som skulle udleveres til den palliative patient og pårørende. Til forventningssamtalen udarbejdede vi en guide med forskellige emner, som personalet kunne støtte sig til under samtalen. Blandt andet patientens og pårørendes forventninger til indlæggelsen, døgnrytme, samtale om fremtiden samt en samtale omkring de symptomer patienten har lige nu. Der blev lavet standardplaner i vores elektroniske patientjournal, hvori resultaterne kunne dokumenteres.

PALLIATIONSSTUEN

Vi lavede en to-sengs stue om til enestue. Vi malede den ene væg lysegrøn, da grøn er en lindrende farve. Sengen står nærmest døren. Ved vinduet er der en sovesofa, så pårørende kan overnatte. Et sofabord, lille spisebord

med stole, to fjernsyn, en reel de kan lægge deres ting på, hylder på væggen med bøger, radio, spil, vinglas og pynteting.

Målgruppen for intervention var indlagte palliative patienter med forskellige palliative behov samt deres pårørende. Afdelingens sygeplejersker skulle gennemføre interventionen.

GENNEMFØRELSE

Projekt var organiseret med en projektleder og lokal projektgruppe med tre medlemmer. Projektet startede 5. januar 2013 og slutter 1. juli 2013.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Der blev gennemført fire forventningssamtaler. Patienterne var rigtig glade for samtalen. Personalet oplevede, at det kunne være svært at afse en time til samtalen. Der var i starten usikkerhed omkring, hvilke patienter der skulle tilbydes samtalen.

Palliationsstuen fungerer perfekt. Der er næsten altid nogen på stuen, og vi oplever, at de pårørende mere eller mindre er hos patienten døgnet rundt. Både patienter og pårørende er glade for at have den mulighed og synes, at stuen er dejlig at være på. Personalet er også glade for at kunne tilbyde stuen. Det har generelt været de rigtige patienter, som kommer ind på stuen. Så selvom forventningssamtalerne ikke bliver gennemført, bliver tankerne bag brugt til at visitere til stuen.

PROJEKTLEDER OG KONTAKTPERSON

Britt Andbæk Andersen, britten6@yahoo.com, 7843 9446, Urologisk Afdeling, Holstebro Sygehus, Hospitalsenhed Vest.

Bilag 6

Udvikling af den palliative indsats via anvendelse af EORTC-QLQ-C30

BAGGRUND

I daglig praksis var det vores erfaring, at patienten og den professionelle kunne opleve den kliniske situation forskelligt. Ligeledes viste undersøgelser, at den uheldelig kræftsyge patients lidelse kunne overses, hvis patientens perspektiv ikke blev inddraget. Vi introducerede derfor det validerede behovsvurderingsskemaet EORTC-QLQ-C30 med henblik på at støtte patient og sygeplejerske til at fokusere på de problemer, som patienten fandt væsentlige.

FORMÅL

Formålet var at forbedre sygeplejen inden for sygeplejens selvstændige område ved at fremme og udvikle en kultur, der i højere grad end nu medinddrager patientens perspektiv.

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONEN

Det var hensigten at, behovsvurderingsskemaet EORTC-QLQ-C30 blev udleveret til alle patienter i pallierende behandling, indlagt akut med forventet indlæggelse i mindst 2 døgn. Patienterne scorede deres væsentlige problemer på en skala fra 1-4, fra slet ikke til meget. Efterfølgende var der en opfølgende samtale med patient, evt. pårørende og kontaktsygeplejersken med udgangspunkt i de problemområder, hvor patienten scorede 3 eller 4.

GENNEMFØRELSE

Projektet var ledet af to lokale projektansvarlige sygeplejersker, der er udannet nøglepersoner i palliation. Rammerne for projektet var foranstaltet af de afsnitsledende sygeplejersker. Projektet blev gennemført i perioden fra 1. november 2012 til 1. marts 2013. Forud for projektets start afholdtes informationsmøder i de to sengeafsnit. Der blev udarbejdet skriftlig information til personalet før ibrugtagning

af behovsvurderingsskemaerne. Der blev udleveret 24 skemaer og der blev udført 18 opfølgende samtaler.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Ud fra besvarelser i behovsvurderingsskemaet fremkom et mønster, der viste, hvilke problemer patienterne oplevede som fremtrædende. Patienternes samlede helbred og livskvalitet blev vurderet som generelt dårligt. Ligeledes var deres familieliv og omgang med andre mennesker besværliggjort en hel del til meget. Dette så ud til at være begrundet i begrænsninger i fysisk udfoldelse og deltagelse i fritidsaktiviteter. Af konkrete fysiske problemstillinger var træthed et fremtrædende problem. Patienternes evaluering af interventionen i et kort spørgeskema viste, at de fleste patienter havde en oplevelse af, at der blev taget vare på deres problemer i den udstrækning, det var muligt. Meget få sygeplejersker udleverede mere end ét skema. Det var derfor vanskeligt at opnå fortrolighed med skemaet og hvordan der efterfølgende kunne spørges ind til patientens besvarelser. En enkelt synes, det var et godt redskab til at komme i dialog med patienten, da de fik talt om problemstillinger, der måske ellers ikke ville være kommet frem. En anden sygeplejerske fandt det svært, idet samtalen åbnede op for psykosociale problemstillinger, hun ikke kunne løse og dels blev det også en tidskrævende samtale. Samlet er det derfor svært at sige om projektet har ændret sygeplejen, da så få sygeplejersker har deltaget aktivt.

PROJEKTLEDERE OG KONTAKTPERSONER

Helle Andersen Balle, sygeplejerske, afsnit D3, heab@rn.dk, 9932 3200;

Maiken Damkjær, sygeplejerske, afsnit D1, md@rn.dk, 9932 2842, begge Onkologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Bilag 7

Er du tør i munden?

BAGGRUND

Hjerteinsufficiens er en livstruende, kompleks, kronisk sygdom med stor udbredelse og tung symptombyrde. Mundtørhed er et velkendt men overset symptom hos patienter med hjerteinsufficiens. Et review påpeger, at der mangler forskning om symptomets betydning for patienten og om eventuelle interventioner til lindring af de oplevede gener i forbindelse med mundtørhed. I 2011 beslutter Sundhedsstyrelsen at kortlægge den palliative indsats på danske hospitaler. Palliativt Videncenter (PAVI) gennemfører et hospitalsmodelprojekt, som via lokale interventioner har til formål at udvikle den palliative indsats på danske hospitaler. Kardiologisk afdeling, afsnit S1, Aalborg Universitetshospital deltager med dette projekt.

FORMÅL

Projektets formål er, at undersøge om patienter med hjerteinsufficiens kan opnå lindring af mundtørhed ved hjælp af konkrete interventioner valideret til brug ved patienter med cancer. Formålet er endvidere at undersøge symptomets betydning for patienten. Projektets overordnede formål er at udvikle sygeplejen til lindring af mundtørhed hos patienter med hjerteinsufficiens.

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONEN

Projektet udføres som et interventionsstudie, hvor alle patienter med hjerteinsufficiens, som oplever mundtørhed inkluderes. Der efterprøves en klinisk retningslinje udviklet og valideret til patienter med cancer. Der foretages objektiv undersøgelse af mundhulen ved brug af Revised Oral Assessment Guide (ROAG) ved inklusion og efter endt intervention. Desuden afmærkes på en visuel analog skala (VAS) i hvor høj grad mundtørhed generer. Patienten får udleveret et mundplejesæt til brug i en uge.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Efter endt intervention besvarer patienten fem evalueringsspørgsmål, omhandlende oplevelsen ved brugen. Inklusionsperioden fastsættes til seks måneder. Der inkluderes 41 patienter, hvoraf 19 angiver at være tørre i munden. Ud af de 19 gennemfører fem interventionen. Der findes, at 60% ikke oplever lindring af mundtørhed ved brug af interventionen. Det konkluderes, at patienter med hjerteinsufficiens ikke opnår lindring af oplevelsen af mundtørhed ved de afprøvede interventioner valideret til patienter med cancer. Endvidere konkluderes, at patienter med hjerteinsufficiens i høj grad oplever symptomet mundtørhed, men at det ikke opleves som svært generende for dem. Grundet en lille studiepopulation er det ikke lykket at opnå resultater, der kan føre til ændring af praksis for den lindrende sygepleje til patienter med mundtørhed. Der er tilkommet ny viden, som øger forståelsen for symptomet og underbygger behovet for yderligere forskning på området.

PROJEKTANSVARLIGE

Vivi Lindeborg Nielsen, Lene Linde Petersen og Karen-Elise Norsk Christensen, sygeplejersker, Astrid Lauberg, sygeplejerske, cand. cur., Kardiologisk Afdeling, Mette Grønkjær, sygeplejerske, MNg, Ph.d., Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, alle Aalborg Universitetshospital.

PROJEKTLEDER OG KONTAKTPERSON

Vivi Lindeborg Nielsen, vln@rn.dk, 9932 4270, Kardiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Bilag 8

Fra ventetid til forberedelsestid

BAGGRUND

Som led i udvikling af sygeplejen til patienter med ovarie cancer sætter projektet fokus på at øge deres livskvalitet, fra de bliver opereret til de kommer i kemoterapi. Indenfor de seneste fem år er indlæggelsestiden for disse patienter reduceret fra ti dage til fem dage pga. accelereret patientforløb. Herved er den tid også forkortet, hvor sygeplejersken kan give den information og omsorg, som patienten og de pårørende kan have brug for.

FORMÅL

At hjælpe og støtte nyopererede kvinder med ovariecancer og deres pårørende til at gøre ventetiden fra kirurgi til kemoterapi til forberedelsestid.

BESKRIVELSE AF INTERVENTION

På baggrund af litteraturstudier, Landsdækkende Patientundersøgelser og Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelsen er der udarbejdet en samtaleguide baseret på de behov og problemstillinger, der kan forekomme hos patienten og de pårørende. Samtaleguiden er omsat til et visuelt arbejdsredskab i form af en "Samtaleblomst", der viser de områder og spørgsmål, samtalen kan tage udgangspunkt i. "Samtaleblomsten" skal fungere som et supplement til nuværende udskrivningssamtale, som afholdes af sygeplejersken og udleveres til patient og pårørende dagen efter operationen. Herefter kan patient og pårørende begynde at reflektere og få mulighed for at forberede sig. Samtalen afsluttes med en mundtlig aftale om en opfølgende telefonsamtale ca. 10-12 dage efter udskrivelsen. Ved den opfølgende telefonsamtale tages der udgangspunkt i de behov og problemstillinger, der fremkom ved udskrivningssamtalen, samt hvordan det er gået siden sidst. Er det ikke muligt at træffe patienten, sendes et brev til patienten med tilbud om, at patienten kan tage kontakt til os, hvis behovet skulle være der.

GENNEMFØRELSE

Projektlederne har afholdt fyraftensmøde, hvor baggrunden for projektet blev fremlagt og der blev undervist i udførelse af interventionen. Interventionen udføres af alle sygeplejersker i afdelingens onkologiske team. Projektet er startet den 17. september 2012, og kører frem til september 2013.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Devaluering af projektet viser at fem ud af otte patienter oplever følelsen af træthed, som nedsætter deres livskvalitet. Der ses også en tendens til, at patienterne oplever kvalme, nedsat appetit, tab af kontrol og nedtrykthed, angst og magtesløshed. Det kan være svært at sige fra overfor venner og familie. "Hvorfor er jeg lige blevet ramt - spørgsmålet" forekommer også.

Anvendelsen af blomsten har været meget forskellig. Nogen har gået blomsten meget systematisk igennem, andre har udpeget et enkelt spørgsmål eller to. Størstedelen af patienterne synes det er meget betryggende at blive ringet op.

Den planlagte evaluering af projektet er ikke endelig på plads, da der er mange muligheder i spil. Udviklingsprojektet skal desuden munde ud i et forskningsprojekt.

PROJEKTANSVARLIGE OG KONTAKTPERSONER

Jane Rughave, sygeplejerske, jaru@rn.dk, 9932 2068,
Ninna Ingeborg Christiansen, sygeplejerske,
nic@rn.dk, 9932 2068, Gynækologisk sengeafsnit,
Aalborg Universitetshospital.

Bilag 9

Den palliative KOL-patients behov

BAGGRUND

Både dansk og udenlandsk forskning tyder på, at patienter med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL) kun sjældent får tilbud om en palliativ indsats, selv om de ofte har mange symptomer i slutfasen af sygdomsforløbet. Det kan være problematisk at vurdere deres prognose og afgøre, hvornår den palliative fase af sygdommen er nået. Det kan være relevant at anvende et screeningsredskab til identificering af den palliative KOL-patient. Med henblik på at yde palliativ pleje og behandling på kvalificeret niveau til KOL-patienten er det væsentligt at sætte fokus på deres oplevede behov.

FORMÅL

Formålet med undersøgelsen er at opkvalificere indsatsen i forhold til KOL-patienter i den palliative fase af deres sygdom, hvilket indebærer at opnå viden om, hvordan den palliative KOL patient oplever sine problemer og behov.

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONER

Indlagte KOL-patienter blev først identificeret som palliative patienter ved hjælp af en screening med 3-trins-modellen, Prognostic Indicator Guidance, gennemført af personalet. Første trin er det overraskende spørgsmål: Vil du blive overrasket, hvis patienten er død inden for et år? I trin 2 og 3 vurderes patientens tilstand i forhold til generelle og specifikke tegn på svækkelse. Blev patienterne vurderet som værende i et palliativt stadie (forventet levetid under et år), blev de spurgt, om de ville deltage og udfylde et symptomregistreringsskema (ESASr) på 1. og 4. dagen, hvor de selv kunne vurdere deres symptomer på en skala fra 1-10.

GENNEMFØRELSE

Sygeplejepersonalet i sygehusets to lunge-medicinske afdelinger var ansvarlige for at screene patienter og de udleverede informationsskrivelse og ESASr-skema til patienter i forventet palliativt stadie. Projektets dataindsamling løb fra september 2012-marts 2013, hvorefter der var resultatopgørelse og evaluering. På grund af ydre omstændigheder blev den ene afdeling taget ud af undersøgelsen 1. december 2012 og den anden afdeling havde kun få inkluderede patienter efter 1. december 2012. Ikke alle inkluderede patienter blev screenet både 1. og 4. dag.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Undersøgelsens resultater er derfor meget sparsomme, da kun 15 patienter blev vurderet som værende i palliativt stadie og udfyldte ESASr-skema. Mange patienter oplevede flere problemer i moderat til svær grad (>5): 93% af patienterne havde åndenød, 83% oplevede sig generelt dårlige tilpas, 80% oplevede træthed, 73% følte sig døsig og nedtrykte og 60% oplevede angst, smerter og nedsat appetit. På trods af det lille materiale tyder det på, at disse patienter generelt føler sig dårligt tilpas med markant dyspnø, træthed, døsig, smerter, angst og nedtrykthed. Symptomer man skal tage hensyn til i pleje og behandling, hvor en palliativ indsats integreres. Da der ikke er gået et år efter patienterne blev screenet, kan det ikke vurderes om 3-trins-modellen er anvendelig i praksis, men 29. juli 2013 var 5 af de 15 patienter døde.

PROJEKTLEDERE

Anne Rasmussen, afsnitsledende sygeplejerske med funktionsansvar i lungemedicin, Klinik Medicin, Sygehus Vendsyssel, Dorte Buchwald, sygeplejerske, cand.pæd. psyk., ph.d., Det Palliative Team, Sygehus Vendsyssel.

KONTAKTPERSON

Anne Rasmussen, a.rasmussen@rn.dk, 2116 2723.

Bilag 10

EVALUERINGSTEMAER**Overordnet fokus: Gennemførelsesproces og udvikling palliation****1. Effektiv gennemførelse - muligheder og barrierer for implementering**

Hvilke muligheder mener I/du der har været medvirkende til at optimere gennemførelsen?

- Ressourcer i bred forstand > personer, faglige, tidsmæssige (er der forandringsagenter i palliation - hvem?)
- Personlige forhold > Engagement, motivation, ansvarlighed (hvem, hvordan, hvornår?)
- Projektledernes rolle > information, daglig styring, samarbejde
- Ledelsesmæssige forhold > rolle, opbakning?
- Interkollegiale forhold > mellemmenneskelige, tværfagligt samarbejde
- Afsnits specifikke forhold > pleje-og behandlingskultur, prioriteringer, forandringskultur.

Hvilke forhold mener I/du der har været en barriere for gennemførelse af projektet? (som ovenfor med omvendt fortegn)

Accept - modstand (brugere, kollegaer, andre)?

2. Bidrag til udvikling palliation

(baseret på udviklingsmodel fra idekatalog, s. 4)

- Afsnittets/afdelingens udgangspunkt for udvikling af palliation (før start)
- Udvikling af indsatsen for patienter og pårørende?
- Udvikling personalets kompetence, herunder adfædsændringer, opmærksomhed på palliation, tilgang palliation og tværfaglig samarbejde
- Udvikling organisering?
- Udviklingsrækkefølge > optimal rækkefølge

3. anbefalinger til yderligere forbedringer (resultat og proces)?**4. Noget I/du ikke har fået sagt?**

Bilag 11

**EVALUERING HOSPITALSMODELPROJEKT,
PALLIATIVT VIDENCENTER (PAVI)****Overvejelser om udvælgelse af deltagere til fokusgruppe interview**

Der udvælges ca. 8 deltagere til hver fokusgruppe interview ud fra et overordnet princip om relevans og maksimal variation. Projektledere og ledere indgår ikke i dette fokusgruppe interview.

I vurdering af relevans kan indgå overvejelser om flg.:

- Hvilke personer, faggrupper kan sige noget relevant (konstruktiv positiv og negativ kritik) ift. interview temaerne: Projektets implementeringsproces og bidrag til udvikling af palliation i afsnittet?

I vurdering af udvælgelse ift. maksimalvariation kan indgå flg. forhold:

- Fordeling på repræsentation på tværs af afsnit
- Fordeling ift. faggrupper
- Fordeling ift. anciennitet i afsnit
- Fordeling ift. antal år i fag
- Fordeling ift. arbejdstider (dag -, aften-, natte- og døgnvagt)
- Fordeling ift. alder og køn
- Andet? Fx deltaget aktivt, ikke deltaget aktivt!

Karen Marie Dalgaard
PAVI januar 2013

Bilag 12



EVALUERING HOSPITALSMODELPROJEKT, PALLIATIVT VIDENCENTER (PAVI)

Information om deltagelse i lokal fokusgruppe interview

Som et led i evaluering af PAVIs hospitalsmodelprojekt er det tanken at gennemføre et fokusgruppe interview med personale fra de afdelinger, som deltager i projektet. Der deltager i alt otte afdelinger fra sygehuse i Region Midtjylland og Region Nordjylland, som gennemfører forskellige lokale projekter indenfor det palliative felt. Der gennemføres desuden fokusgruppe interview med lokale projektledere og interview med relevante lederrepræsentanter.

I flere af de lokale projekter indgår flere afsnit, men der afholdes kun et fokusgruppe interview i hver afdeling. Der gennemføres således i alt syv fokusgruppe interview. Hver fokusgruppe forventes at bestå af ca. 8 personer, som er ansat i en af de afsnit, som deltager i gennemførelsen af de enkelte lokale projekter. Formålet med evalueringen er at udvikle ny viden på tværs af de lokale projekter om, hvordan man kan udvikle palliation på danske hospitaler.

Du anmodes om at deltage i et fokusgruppe interview, som repræsentant for din afdeling.

- Interviewet vil vare ca. 1½ time.
- Interviewet ledes af undertegnede, som er projektleder for hospitalsmodelprojekt ved PAVI.
- Interviewet tager udgangspunkt i overordnede temaer, som forventes uddybet i en dialog mellem deltagerne i fokusgruppen. Hensigten er at få deltagernes vurdering af projektforløbet og opnåede resultater.

Interviewet vil blive optaget på bånd. De oplysninger, som kommer frem under interviewet vil blive behandlet strengt fortroligt. I forbindelse med offentliggørelse af resultater vil du fremstå anonym, så andre ikke kan henhøre dine oplysninger til dig. Det skal pointeres, at det er helt frivilligt, om du ønsker at deltage. Har du spørgsmål i forbindelse med evt. deltagelse, kan du rette dem til din lokale projektleder eller undertegnede.

De(n) lokale projektleder(e) har ansvar for at kontakte relevante deltagere og sørger for de praktiske ting omkring endelig sammensætning af gruppen og fastsættelse af dato og sted for gennemførelse af interview.

Karen Marie Dalgaard
Forsker og projektleder
Palliativt Videncenter
Mail: kmd@pavi.dk
Tlf.nr.: 30 65 10 24

Kort om PAVI

PAVI er et nationalt center etableret i 2009 med det formål at sikre udvikling, høj faglig kvalitet og spredning af viden i det palliative felt i Danmark. PAVI er siden 2013 del af Videncenter for Rehabilitering og Palliation, hvor PAVI udgør formidlings- og dokumentationsenheden. PAVI er organisatorisk forankret ved Statens Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet.

Palliativt Videncenter
Strandboulevarden 47B, 1.sal
2100 København Ø

Tel: +45 21 74 73 72
Mail: pavi@sdu.dk
www.pavi.dk